TRAITÉ

DES MALADIES

DES ARTICULATIONS.

DE L'IMPRIMERIE DE DOUBLET.

TRAITÉ

DES MALADIES

DES ARTICULATIONS,

OU

OBSERVATIONS

PATHOLOGIQUES ET CHIRURGICALES

SUR CES MALADIES;

PAR B. C. BRODIE,

Membre de la Société royale de Londres; Chirurgien adjoint de l'Hôpital St.-Georges, de la même ville, et Professeur de chirurgie théorique et pratique.

TRADUIT DE L'ANGLAIS

PAR LÉON MARCHANT,

DOCTEUR EN MÉDECINE.



A PARIS,

CHEZ PLANCHER, LIBRAIRE, RUE POUPÉE, N°. 7.

1819.

A M. PRUNELLE.



MONSIEUR,

Au moment où la Commission provisoire de l'Instruction publique, par un arrêté que je ne qualifierai point, vient de vous réformer de vos fonctions de professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et de priver ainsi cette école de l'un de ses membres les plus distingués, je crois remplir un véritable devoir en vous donnant un témoignage public des sentimens qui m'animent pour vous.

Ces sentimens seront partagés par les nombreux médecins qui ont été vos élèves, et qui utilisent aujourd'hui vos sages leçons; ils seront partagés par tous les savans de l'Europe dont votre nom

est connu; ils gémiront d'un événement qui a excité l'indignation de toutes les âmes honnêtes.

Quelle que soit la suite des mesures prises, quels que soient les efforts des passions haineuses déchaînées contre vous, la mémoire des services que vous avez rendus à l'école de Montpellier restera; c'est à vous que cette école doit sa riche bibliothèque; le public n'oubliera pas davantage que vous avez donné sur l'administration de la médecine les seules idées raisonnables qui aient encore été publiées en France, que vous avez enseigné le premier dans nos écoles la médecine légale de manière à venger notre patrie des reproches que lui adressaient auparavant nos voisins, et que, dans votre enseignement de la médecine politique, vous avez considéré notre art sous des points de vue nouveaux, et démontré tout ce que pouvait la science médicale dans ses applications aux besoins du corps social.

Agréez donc, Monsieur, cet hommage comme une preuve des sentimens qui, dans toutes les circonstances, doivent attacher un disciple à son maître.

LÉON MARCHANT.

Paris, le 28 Octobre 1819.

RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES.

A. Cette traduction a été commencée à Londres, et n'a été terminée qu'à Paris. Lorsque j'entrepris ce travail, j'avais l'espoir de le soumettre à l'auteur, afin d'être plus sûr que je n'altérais en rien ses idées; afin de l'offrir avec plus de confiance aux médecins et aux chirurgiens de mon pays. Cette version, que je crois fidèle en ce qu'elle contient le sens du texte, ne jouit donc point de l'avantage d'avoir été faite sous les yeux de l'auteur: avantage si essentiel pour tout ouvrage, où il importe peut-être beaucoup plus de rendre l'esprit de l'expression que le sens lui-même; car dans les livres spéculatifs ou littéraires, l'idée est souvent dans le mot; et un mot détourné légèrement de sa véritable acception nuit essentiellement à l'exactitude de la traduction. Mais ici je n'ai eu qu'à exprimer des faits, et l'on sait bien que la valeur d'un fait ne consiste pas dans un mot: ainsi il m'a suffi d'être clair; j'ai tâché d'être simple comme l'auteur.

Ses observations exposées avec clarté, précision et simplicité, comme il serait plus aisé de s'en convaincre dans le texte, sont dignes d'être prises pour modèle. Il est donné à si peu de médecins d'exposer les faits à la manière d'Hippocrate, qu'il m'est bien permis de faire cette remarque en faveur de celui qui l'a méritée. Une vérité bien conçue n'a pas besoin d'être surchargée de paroles pour être bien exprimée, et pour être mise à la portée de celui qui la cherche; il n'y a que les idées fausses qui s'enveloppent d'un grand assemblage de mots, car ce n'est qu'ainsi qu'elles sont dangereuses.

Mais un des avantages autrement essentiels que celui de la version précise d'un mot dans un autre, est celui d'avoir pu suivre M. Brodie dans ses visites à l'hôpital St.-Georges, à ce même hôpital qui a fourni le plus grand nombre des faits rassemblés dans le livre suivant; d'avoir pu rapprocher et comparer les inductions avec les cas d'où elles dérivent; d'avoir pu apprécier la simplicité du traitement arrêté d'après un diagnostic fondé sur des symptômes presque tous matériels; de s'être assuré enfin que la théorie n'a point marché avant l'observation, mais bien que de la pratique sont déduits des principes qui, s'ils sont prou-

vés rigoureusement justes par ceux qui en feront l'application, seront d'une utilité éminente, non seulement pour la chirurgie, mais même pour la médecine; car je ne mets aucun doute que la pathologie externe, si l'on s'attache toujours à en étudier les phénomènes avec le même soin, avec la même méthode qu'on y apporte aujourd'hui, ne concoure nécessairement aux progrès de la pathologie interne; et ces progrès seront d'autant plus certains qu'ils découleront par analogie de principes invariables.

B. Les meilleurs ouvrages ont leurs imperfections: celui-ci peut avoir aussi les siennes. Je suis donc loin de penser qu'il faille s'abandonner aux idées théoriques qu'il contient, sans qu'elles aient reçu la sanction de l'expérience; et le lecteur, qui n'aurait point jugé convenable de jeter un coup-d'œil sur ces paragraphes, sera sans doute étonné, comme je l'ai été moi-même, en parcourant les premières observations, que parmi tant de faits il y en ait si peu qui soient dépendans de la constitution individuelle. Sous ce rapport, je puis assurer qu'il m'a été démontré que la maladie est plus souvent locale que je ne l'imaginais: il m'en coûtait de revenir de ma prévention,

mais le traitement purement local m'a détrompé plus d'une fois. Néanmoins, j'aurai sans doute occasion de faire voir que seul il n'a pas toujours suffi, et que dès-lors on aurait dû avoir égard dans l'énumération des symptômes à l'état général de l'économie; puisque dans un cas, et dans plusieurs autres peut-être, on n'a obtenu la guérison qu'en donnant des remèdes, dont l'action pouvait s'étendre à tout l'organisme.

C. Le titre général du livre semble embrasser toutes les affections articulaires; cependant toutes n'y sont point traitées. On n'y considère que les maladies des divers tissus qui composent les articulations, et jamais celles qui consistent dans le rapport que les parties articulaires, dont la rupture ou le trop intime contact constitue lésion de ces mêmes rapports; tels sont l'entorse, toutes les luxations, et l'ankilose. L'entorse n'y est mentionnée que comme cause, et l'ankilose comme terminaison de maladie; et quant aux luxations, il n'y est question que de celle dite *luxation spontanée* du fémur, qui, selon M. Brodie et selon d'autres, doit être considérée comme l'effet consécutif de l'ulcération des cartilages de l'articulation iléo-fémorale : dès-lors cette maladie ne doit plus être regardée comme une luxation, mais

bien comme une affection désorganisatrice des cartilages, qui rompt le rapport de la tête du fémur avec la cavité qui la contient.

Ainsi, à proprement parler, on ne parle dans ce Traité que de la lésion organique fixe des divers tissus des articulations, comme de la lésion de la membrane synoviale, des cartilages, de la substance celluleuse ou spongieuse des os, des bourses muqueuses, des gaînes des tendons, etc.; en un mot des *phlegmasies des articulations*. La goutte, le rhumatisme, et autres maladies analogues, n'y sont considérées pour quelque chose qu'autant qu'elles sont causes, ou complication.

D. La détermination précise de la *localité* de la maladie, obtenue par le diagnostic, n'a simplifié le traitement, que parce qu'elle l'a rendu rationel. Et si l'ulcération des cartilages, connue sous le nom absurde de *tumeurs blanches*, est, de toutes les maladies chirurgicales, celle pour laquelle on a proposé le plus grand nombre de remèdes, c'est que de toutes elle était la moins connue. Il en est de même de classes entières de maladies : est-il, par exemple, d'affections contre lesquelles on ait employé plus de médicamens que contre les maladies nerveuses? Tant qu'on s'obstinera à diriger le

moyens curatifs contre l'effet au lieu de les diriger contre la cause ; tant qu'on aura la prévention de croire qu'un remède peut guérir instantanément une maladie qui est peut-être le résultat d'une cause qui agit depuis longues années ; tant que l'on se tiendra dans la persuasion de l'existence des spécifiques ; tant que l'on se laissera aller à cette médecine empirique et médicamenteuse, qui ne prescrit des remèdes que parce qu'en une circonstance analogue ces remèdes ont réussi, comme si le cas devait être toujours le même, comme si les complications et les modifications des phénomènes vitaux ne devaient compter pour rien ; enfin, tant qu'on ne voudra point affecter une marche méthodique, raisonnée et éclairée par les faits physiologiques connus, on entravera les progrès de l'art, et l'on perpétuera les erreurs et le charlatanisme. Toute science qui exclut le raisonnement est une science de mensonge et une source de calamités.

De toutes les affections, les maladies inflammatoires sont les mieux connues, parce qu'elles ont été les mieux étudiées, ou qu'elles présentaient plus de facilité pour le faire ; aussi leur traitement est-il presque populaire dans les cas les plus simples. On en est venu à ce point

dans cette classe de maladies, que l'on ne peut pas tarder à juger de leur état curable ou incurable. Si les remèdes (et ils ne sont pas nombreux) doivent amener la guérison, l'indication ne consiste plus que dans le moyen relatif; le médicament agit d'après le même mode d'action, puisque sa nature est la même. Il importe de le localiser, c'est toute la difficulté; et lorsqu'on a vu quelques faits, l'embarras qui peut naître du choix des remèdes cesse bientôt: là même, une erreur ne peut jamais être une faute. Mais si l'incurabilité est jugée véritable, il n'y a plus de médecine pour le médecin; et s'il prescrit encore des médicamens, c'est afin de calmer quelques symptômes, dont l'amendement peut soutenir l'espoir du malade: ici, le meilleur médecin est le plus philosophe.

Les autres classes de maladies sont loin d'être aussi bien jugées que les phlegmasies, bien que celles-ci offrent encore des difficultés que le temps et l'expérience résoudront.

E. Si l'on ne craignait de dépasser les bornes prescrites à ces réflexions, peut-être parviendrait-on à faire entrevoir combien il est d'erreurs à relever pour placer une vérité, afin d'être assuré que les pas que l'on fera

dans la carrière ne seront pas inutiles pour celui qui la parcourra, ni perdus pour ceux qui viendront après lui, et que tous seront profitables pour l'humanité. D'ailleurs, où n'entraîneraient point des détails immenses tirés des signes, dont on a peut-être exagéré l'importance sans en apprécier toujours la valeur; des symptômes, dont on a dû augmenter le nombre, parce qu'on ignorait l'influence d'un phénomène sur l'autre, etc.; des causes de maladies, dont on a fait, à mon avis, et dont on fait encore aujourd'hui une si mauvaise appréciation, soit qu'on les considère comme prochaines ou comme éloignées; et parmi celles-ci, on n'a pas porté assez d'attention à celles qui tiennent aux écarts de régime, aux abus de la civilisation..... Ici je m'arrête; il faudrait aux hommes plutôt un livre de morale hygiénique qu'un livre de thérapeutique. . . . .
L'étiologie des maladies est encore un sujet neuf en médecine : ce qu'on en a dit jusqu'à ce jour prouve du moins qu'il y a beaucoup à faire.

F. La nouvelle méthode employée dans ce Traité (1) pour envisager les maladies des arti-

(1) Cette méthode a été indiquée par M. Delpech

culations, n'a point nécessité de nouveaux mots en proscrivant les anciens. Ainsi le langage médical se trouve purgé de quelques expressions qui, dans le fond, étaient inutiles, si elles n'étaient point dangereuses. C'est un soin que les médecins, qui sont destinés à concourir aux progrès de la science, ne doivent point négliger; car tant qu'on pourra exprimer une vérité par des mots usités, pris même dans le langage ordinaire, elle n'en sera que mieux conçue. En employant les termes d'*inflammation de la membrane synoviale*, ou *des cartilages; d'ulcération de la membrane synoviale*, ou *des cartilages*, on est déjà fixé et sur la nature et sur le traitement; c'est un avantage que n'avaient pas les termes de *tumeurs blanches*, d'*hydropisies des articulations*, etc. Vraisemblablement ce qui a lieu pour ces maladies doit également exister pour une infinité d'autres. Dans l'origine de la science, le défaut de ces connaissances,

---

dans un de ses ouvrages (Mal. rép. chir. Paris, 1816); mais la nature de ce travail ne comportait point les développemens contenus dans les mémoires de M. Brodie, mémoires dont M. Delpech n'a pu avoir connaissance au moment où il composait son livre.

C'est sous ce même point de vue que M. Alibert considérera les phlegmasies des articulations dans le genre arthrose de sa belle nosologie naturelle.

qui ont servi aux progrès qu'elle a faits aujourd'hui, a dû être cause de beaucoup de méprises; tous les symptômes devaient être pris pour des maladies, lorsqu'on ne savait les rapporter à aucune lésion sensible ou appréciable. Aussi serais-je porté à croire qu'il existe encore bien des affections qui ne sont que des symptômes. Et parce que le temps et l'ignorance ont maintenu ces erreurs, la raison doit-elle les consacrer? Peut-être que si l'on n'eût pas mis tant de confiance dans les mots, et qu'on n'eût point cédé à la manie d'en créer d'autres, nous aurions moins de maladies, surtout moins de remèdes, et plus de probabilité d'une vie, sinon plus longue, du moins plus à l'abri des infirmités. Je ne dirai rien de la complication des maladies, ni des affections sympathiques; elles peuvent se rencontrer, mais non pas aussi souvent qu'on pourrait l'imaginer: les symptômes et les sympathies sont encore ici pris quelquefois pour des maladies. Tâchons de ne point exagérer nos maux; ils sont assez nombreux, sans avoir besoin d'en supposer.

G. On verra dans ce livre combien l'examen cadavérique est utile, et pour le diagnostic et pour le traitement, lorsqu'on n'en exalte pas les ressources, et qu'on n'en force

pas les conséquences pour faire ployer les faits en faveur d'une idée que l'on aime, parce qu'on l'a créée ; l'on y verra combien il est important de bien étudier une maladie interne, à cause des analogies qu'elle peut avoir avec une autre qui serait cachée à nos sens ; l'on y verra enfin que les inductions pathologiques et thérapeutiques qui en découlent sont d'accord avec les faits anatomiques et physiologiques connus, et que le raporochement qu'on en a fait avec les maladies internes est plus qu'ingénieux : il est puisé aux sources de la verité.

H. J'ai hasardé quelques notes dans cette traduction ; j'aurais peut-être dû, pour leur donner quelque poids, les appuyer de l'autorité des médecins recommandables qui ont écrit sur la matière dont il est question dans ce livre ; mais je ne l'ai point fait, dans la crainte d'être entraîné dans de longues discussions, et dans des citations qui n'auraient rien ajouté à la méthode et à la bonté des principes qui y sont exprimés. Un étalage d'érudition, un travail de patience, m'a paru ici hors de propos : et puis d'ailleurs, la médecine est une science dont l'érudition ne prouve pas toujours la certitude.

Comme plusieurs notes appartiennent au texte, j'ai dû les distinguer de celles qui me sont propres : celles de l'auteur sont désignées par une lettre ; les miennes le sont par un chiffre.

A

Sir Evérard HOME, Baronnet,

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ROYALE,

PREMIER CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-GEORGES,

ETC., ETC., ETC.

Monsieur,

En vous dédiant les observations suivantes, j'ai voulu saisir avec empressement la première occasion, qui s'est présentée, de vous témoigner publiquement ma reconnaissance. Je le devais aux nombreux services que je reçus de vous, lorsque je commençai d'entrer dans la carrière que je parcours; je le devais à votre exemple et à vos connais-

sances, et surtout à votre obligeante amitié, dont vous m'avez en plusieurs occasions donné des preuves.

Indépendamment de ces considérations particulières, je désirais mettre votre nom en tête de ce livre, comme une marque de mon respect pour celui dont les talens et les travaux infatigables ont si puissamment contribué aux progrès de la chirurgie, et à ceux des branches intéressantes de la philosophie, qui s'y rapportent.

Je suis,

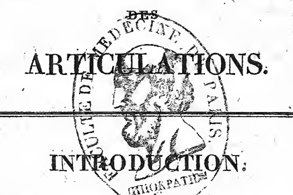
Monsieur,

Votre très-sincère ami
et serviteur,

C. B. BRODIE.

Londres, Sackville-Street,
19, Octobre, 1818.

MALADIES



DES ARTICULATIONS.

INTRODUCTION.

L'ÉCRIT suivant contient une série d'observations que l'on a commencé à recueillir depuis plusieurs années, et que l'on a poursuivies, non sans beaucoup de travail, jusqu'à aujourd'hui. Elles sont relatives à une classe de maladies qui demandent beaucoup d'attention de la part des chirurgiens, depuis qu'elles sont devenues si fréquentes; elles sont une source amère d'inquiétude pour les malades; et la plupart du temps, si elles sont négligées, elles se jugent très-défavorablement. Il y a aussi d'autres circonstances qui sembleraient rendre les affections morbides des articulations un sujet digne des recherches les plus exactes. Les premiers pathologistes ne les ont pas envisagées avec l'attention qu'elles méritent. Les termes de tumeurs blanches, d'articulations scrophuleuses etc., n'ont

jamais été employés dans un sens bien précis, et l'ont été presque toujours d'une manière si confuse, que le même nom a fréquemment désigné différentes maladies, et que la même maladie avait plusieurs dénominations. Ainsi, la confusion du diagnostic faisait toujours la confusion de l'emploi des remèdes; c'est ce qui m'a fait penser que, s'il était possible d'améliorer nos connaissances en pathologie, quant à ces maladies, nous pourrions arriver, non pas tant à la recherche de nouvelles méthodes de traitement, qu'à une application plus judicieuse et scientifique de celles qui sont déjà connues, et conséquemment au perfectionnement de la pratique chirurgicale.

Les articulations, comme les autres organes de l'économie, offrent, non une structure simple et égale, mais variée et compliquée. Quoique, dans les périodes avancées, les maladies auxquelles elles sont sujettes s'étendent à toutes les parties dissemblables qui les composent, il est présumable qu'elles n'ont pas ainsi commencé.

Nous ne pouvons douter qu'ici, comme ailleurs, la maladie ne se manifeste, tantôt dans un tissu, tantôt dans un autre; qu'elle ne présente de différence dans sa nature avec une autre; qu'elle ne soit diversement modifiée, et ne demande ordinairement un traitement différent, relativement à son organisation mécanique et aux propriétés

vitales de la partie où la lésion prend naissance.

Ce fut sous l'influence de ces impressions que je crus devoir poursuivre mes recherches sur le sujet du Traité que je présente au public, persuadé que rien n'a plus contribué aux progrès de la chirurgie que le soin de se rendre raison par l'ouverture des cadavres des changemens survenus à la suite de la maladie dans la structure anatomique. Je n'ai point négligé les occasions qui me mettaient à même de faire de pareils examens. J'étais surtout empressé d'en agir ainsi, lorsque les changemens morbides étaient encore dans un période peu avancé, et que j'avais pu tenir compte des symptômes qui avaient décélé le commencement de la maladie : des connaissances ainsi acquises devenaient la base de mes observations futures. En publiant ces résultats, je ne puis me dissimuler que ces recherches ne soient encore imparfaites. Mais je suis assuré, en même temps, que ceux qui étudient la pathologie m'accorderont l'indulgence que méritent les difficultés qui appartiennent à la science de toutes la plus compliquée, et qu'ils mettront peu de sévérité dans leurs critiques, parce qu'ils verront qu'il reste encore un champ assez vaste pour ceux qui veulent entreprendre de pareilles observations.

Plusieurs de mes lecteurs reconnaîtront, dans

l'ouvrage qu'ils ont sous les yeux, la substance de quelques mémoires qui ont été publiés dans le quatrième volume et les deux suivans des Transactions médico-chirurgicales; mais ils verront aussi que la matière s'est beaucoup agrandie. Je n'ai point eu de raison pour changer le premier arrangement auquel j'avais rattaché les affections des articulations qui se rencontrent le plus fréquemment. J'y ai même trouvé une source de beaucoup de satisfactions; car toutes mes observations subséquentes, fondées sur une grande quantité de faits et d'autopsies, n'ont que plus confirmé l'exactitude de ces vues pathologiques, que j'avais adoptées quelques années auparavant, et que j'avais osé émettre dans le premier de ces mémoires.

CHAPITRE PREMIER.

De l'inflammation des membranes synoviales des articulations.

SECTION Ire.

Observations pathologiques.

LES parties molles qui, avec les os et les cartilages, constituent les articulations, sont les membranes synoviales qui sécrétent le fluide lubréfiant, les ligamens par lesquels les os sont tenus en rapport, et la substance graisseuse qui occupe les espaces qui, sans elle, seraient vides dans certaines positions. Supposé que la membrane adipeuse appartenant aux articulations soit enflammée; qu'elle soit le siége d'abcès et de tumeurs, aussi bien que tout ce qui se trouve sous la peau ou dans l'interstice des muscles; et que les ligamens ne soient pas plus exempts de la maladie que les membranes fibreuses, qui offrent presque la même structure : il est assez probable alors que les dou-

leurs et les légères tuméfactions des articulations, qui quelquefois ont lieu dans les affections syphilitiques, dépendent d'un travail morbide des ligamens; et que des symptômes d'une longue persévérance, qui souvent accompagnent une entorse grave, dépendent aussi d'un état inflammatoire lent de ces mêmes parties, suite de la rupture ou du tiraillement de quelques fibres. Je ne me souviens pas d'avoir vu de cas où la maladie, exception faite de ces deux circonstances, soit née dans les ligamens; mais il est bien certain que l'examen anatomique ne m'en a jamais fourni de preuves; et je puis avancer, avec toute assurance, que c'est une circonstance trop rare, pour qu'elle arrive dans les maladies ordinaires qui attaquent les articulations.

D'un autre côté, nulle partie du corps n'est aussi fréquemment malade que les membranes synoviales. Leur structure anatomique et leurs fonctions nous en fournissent une raison suffisante depuis que nous savons que les organes de la vie sont plus sujets à être dérangés dans leurs fonctions naturelles, à mesure qu'ils sont plus vasculaires, et qu'ils concourent davantage à l'activité des sécrétions.

Les membranes synoviales des articulations n'ont pas été bien décrites par les anciens anatomistes; les modernes même n'ont guère mieux réussi. Ce-

pendant le D. G. Hunter en publia une histoire assez exacte, dans un rapport lu à la Société royale sur la structure des cartilages, qui fut depuis inséré dans le quarante-deuxième volume des Transactions philosophiques, et postérieurement Bichat donna son Traité des membranes : ceux de mes lecteurs qui désirent connaître plus amplement l'anatomie de ces parties, peuvent consulter ces deux auteurs. Il me suffit, pour le moment, d'observer que leur fonction est de sécréter la synovie, qui lubréfie les articulations ; qu'elles enveloppent les ligamens au moyen desquels les os sont mis en rapport; qu'elles recouvrent dans une petite étendue les os eux-mêmes, en place du périoste ; et que de là elles passent sur les surfaces cartilagineuses, et sur la graisse inter-articulaire. Lorsqu'une de ces membranes adhère aux os et aux parties molles, elle ressemble beaucoup, daus sa structure, au péritoine, et jouit d'une grande *vascularité*; mais lorsqu'elle est réfléchie sur les cartilages, elle est mince et facile à déchirer ; son existence peut toutefois, même ici, se démontrer toujours distinctement par une dissection soignée. La membrane synoviale d'une jointure forme un sac qui est sans ouverture extérieure ; sous ce rapport, elle ressemble au péritoine, à la plèvre et au péricarde ; cette ressemblance se voit encore dans ses

fonctions, et ses maladies offrent même quelque analogie.

Il se présente quelquefois des cas, mais ils sont rares, dans lesquels une articulation se tuméfie par l'abord d'une très-grande quantité de fluide rassemblé dans sa cavité, sans douleur ni inflammation. On peut supposer que cela provient, soit de l'action diminuée des absorbans, soit de l'action augmentée des vaisseaux sécréteurs. On peut comparer cette maladie à l'hydropisie du péritoine ou de la plèvre; ou mieux, à l'hydrocèle; et on l'a assez bien désignée par les termes *Hydarthrus*, et *Hydrops articuli.*

Mais il arrive plus fréquemment que le gonflement, causé par la présence d'un fluide dans l'articulation, est suivi d'inflammation et de douleur. Ici nous pouvons présumer que la maladie consiste dans l'inflammation de la membrane synoviale, avec l'augmentation consécutive de la sécrétion de sa surface; c'est ce qu'ont confirmé les apparences observées dans les cas, lorsqu'après la mort on a eu examiné les parties affectées.

Dans quelques cas, s'il y a encore douleur et inflammation dans l'articulation, on sent vaguement le fluide, on croirait qu'il est recouvert d'une substance molle; souvent, lorsque l'inflam-

mation est tombée, et que le fluide est moins sensible, l'articulation reste tuméfiée et roide; elle reste douloureuse, lorsqu'elle est tendue, ou augmentée au-delà d'un certain point, et alors elle peut s'enflammer de nouveau par la moindre cause. Les altérations cadavériques observées dans les cas suivans semblent jeter quelque jour sur ce sujet.

Ire. OBSERVATION.

Un homme d'un âge moyen fut admis à l'hôpital Saint-Georges, en Septembre 1810, pour une affection du genou. L'articulation était tuméfiée et douloureuse; il y avait une légère tension, et un fluide épanché dans sa cavité. Le gonflement s'étendait un peu vers la partie antérieure de la cuisse, derrière la portion inférieure des muscles extenseurs. Cette affection céda à l'emploi des vésicatoires et des linimens. Deux mois après son entrée à l'hôpital, il fut pris et mourut d'une fièvre qui, selon toute apparence, n'avait point de rapport avec la maladie du genou. A l'examen de la partie malade, on trouva la membrane synoviale très-affectée, plus ample qu'à l'ordinaire, et s'étendant sur la surface antérieure du fémur au moins un pouce et demi plus haut que de coutume. Dans toute l'étendue de sa surface in-

terne, excepté lorsqu'elle recouvre les cartilages, la membrane était d'une couleur rouge foncée; les vaisseaux étaient aussi nombreux, et aussi distendus par le sang, que ceux de la conjonctive dans une violente ophtalmie. A la partie supérieure et antérieure de l'articulation, il s'était épanché un flocon transparent de lymphe coagulable de la surface interne de la membrane synoviale, de la grandeur d'une demi-couronne (1). On n'y aperçut rien autre chose, si ce n'est qu'au bord d'un des condyles du fémur, le cartilage adhérait à l'os, moins fortement qu'à l'ordinaire.

IIe. OBSERVATION.

A. B., jeune homme, dans le printemps de l'année 1808, après s'être exposé à l'humidité et au froid, comme il le supposait, fut affecté d'un gonflement douloureux à l'un des genoux. Le traitement qu'employa le praticien qu'il avait consulté fit disparaître en très-grande partie, mais non entièrement, la douleur et la tuméfaction. Trois mois après l'invasion de la maladie, il fut reçu à l'hôpital St.-Georges. A cette époque le genou était enflé, douloureux et sen-

(1) Grandeur équivalente à celle d'une pièce de trois livres.

sible. Le gonflement avait la forme des extrémités articulaires des os. La jambe était obligée de garder une position presque droite, et n'admettait que très-peu de mouvement sur la cuisse. Il était d'une santé assez bonne.

On tira du sang du genou au moyen des ventouses, et l'on frictionna journellement la partie avec un liniment mercuriel camphré. La douleur et l'inflammation disparurent; le gonflement et la tension diminuèrent beaucoup. Dans la suite, il fut nécessaire d'amputer le membre à cause d'une autre maladie. L'opération fut pratiquée le 15 Décembre 1808, et je ne laissai pas passer l'occasion d'examiner l'articulation.

Les os, les cartilages et les ligamens étaient dans un état naturel. La membrane synoviale avait augmenté de l'épaisseur d'environ un huitième de pouce, et était d'une texture cartilagineuse. Elle était intimement attachée à la membrane cellulaire circonvoisine et au fascia, au moyen d'une lymphe coagulable, qui s'était déjà répandue sur sa surface externe.

Ces cas semblent expliquer les suites ordinaires de l'inflammation de la membrane synoviale. Elle occasionne, 1.° une sécrétion extraordinaire de synovie; 2.° une effusion de lymphe coagulable dans la cavité de l'articulation; 3.° dans d'autres

cas, un épaississement de la membrane; sa conversion en une matière cartilagineuse; et une effusion de lymphe coagulable, et probablement de sérum, dans le tissu cellulaire, au moyen duquel elle adhère aux parties externes.

J'ai vu plusieurs cas où, d'après l'apparence de l'articulation et d'autres circonstances, il y avait tout lieu de croire que l'inflammation avait produit des adhérences réciproques plus ou moins étendues des feuillets de la membrane.

J'ai eu occasion d'observer, en disséquant de pareilles adhérences, qu'elles provenaient, autant que l'on peut raisonnablement le supposer, de l'inflammation du premier période.

Ces effets de l'inflammation des membranes synoviales ressemblent beaucoup à ceux de l'inflammation des séreuses. Ils diffèrent cependant en quelques points. Il est assez ordinaire que dans les dernière la suppuration ait lieu indépendamment de l'ulcération. J'ai eu occasion d'examiner un cas où la même chose s'est rencontrée dans la membrane synoviale de l'articulation. Le coude fut trouvé rempli de pus, bien que rien n'annonçât l'ulcération de la surface. Ici l'inflammation fut la suite d'une petite blessure, qui avait pénétré dans la cavité articulaire; mais je crois que l'inflammation des membranes synoviales, qui ne doit pas son origine à une cause mécanique, se termine

rarement ainsi. L'inflammation du péritoine et de la plèvre, quoique très-légère en intensité et en durée, suffit pour produire un épanchement de lymphe coagulable ; mais il n'y a que l'inflammation violente et de longue durée qui puisse avoir le même résultat dans les membranes des articulations.

Quant à la légère adhérence du cartilage à l'os, dans un des cas rapportés, il est à croire qu'elle tenait à une maladie plus intense de la membrane synoviale. J'aurai occasion de remarquer ci-après que la même chose s'observe quelquefois, là où le cartilage est sur le point de s'ulcérer. J'ai vu des cas qui offraient une destruction étendue des cartilages de la jointure, et qui, d'après l'histoire et les symptômes préalables, paraissait être la suite d'une inflammation négligée de la membrane synoviale. Que cela soit arrivé, ce n'est pas plus remarquable que cet ulcère de la cornée, qui quelquefois est produit par l'inflammation de la conjonctive de l'œil. Je crois en même temps que l'on doit trouver dans la grande majorité des cas, lorsque l'ulcération du cartilage se combine avec l'inflammation des membranes synoviales, que l'une est l'affection première, et que l'autre a lieu subséquemment par suite de la formation d'un abcès dans la cavité articulaire.

SECTION II.

Causes et symptômes.

Il est évident que l'inflammation peut affecter consécutivement la membrane synoviale d'une articulation, en partant de celles des autres tissus qui composent la jointure, ou qu'elle peut avoir son origine dans la membrane elle-même. Les observations que je vais développer se rapportent principalement à l'inflammation primitive de la membrane synoviale; et le peu que j'ai à dire relativement à celle que l'on doit regarder comme secondaire, sera mieux à sa place ci-après.

Bien qu'aucune période de la vie ne soit entièrement à l'abri de cette maladie, elle n'attaque pas également tous les âges. On la rencontre rarement chez les enfans; elle devient moins rare à mesure qu'ils approchent de la puberté; et les personnes adultes en sont très-fréquemment atteintes. C'est le contraire de ce qui arrive dans d'autres maladies, auxquelles sont sujettes les articulations : le chirurgien doit attacher quelque importance à la connaissanee des circonstances, qui doivent l'aider à porter un bon prognostic.



L'inflammation des membranes synoviales peut exister comme symptôme d'une affection constitutionnelle, soit que le système se trouve sous l'in-

fluence du rhumatisme, soit sous l'influence du mercure, administré inconvenablement ou à trop grandes doses; et sous l'influence de plusieurs autres circonstances. Mais, alors, la maladie est rarement grave; elle donne lieu à une grande sécrétion de synovie; mais en général elle ne se termine ni par l'effusion de lymphe coagulable, ni par l'épaississement de la membrane enflammée. Il arrive qu'elle attaque plusieurs articulations à la fois; elle s'étend même aux membranes synoviales, qui constituent les bourses muqueuses et la gaîne des tendons. D'autres fois, elle passe de l'une à l'autre articulation, et plusieurs d'entre elles sont affectées successivement.

Dans d'autres cas, la maladie est entièrement locale; alors elle provient d'une entorse, ou d'autres causes, ou de l'impression du froid; quelquefois elle est produite sans cause évidente. L'action du froid, surtout, est la source la plus fréquente de la maladie : et il est aisé d'expliquer pourquoi elle survient plus souvent au genou (1)

---

(1) Cette maladie se manifeste le plus ordinairement au genou; parce que cette articulation sécrète habituellement une grande quantité de synovie, proportionnée à l'étendue de ses surfaces articulaires, à la fréquence des mouvemens que le fémur et le tibia exercent l'un sur l'autre; parce que cette articulation est fréquem-

qu'ailleurs; et pourquoi elle est rare dans le coude et les épaules, qui ne sont cependant protégés contre l'influence de la température extérieure que par une légère couche de muscles. Lorsque l'inflammation est bornée à une seule articulation, il est assez probable qu'elle prendra un caractère grave, et peut-être chronique. Elle frappe les fonctions de l'articulation de plus ou moins de faiblesse, et amène souvent son entière destruction. En elle-même, c'est une maladie sérieuse; mais on la confond fréquemment sous le nom alarmant de tumeur blanche, avec d'autres maladies qui sont encore plus sérieuses.

L'inflammation peut attaquer les membranes synoviales à différens degrés d'intensité; mais le

---

ment attaquée de rhumatisme, cause *assez* ordinaire de *l'inflammation des membranes synoviales*; parce que, par sa position et la nature de ses fonctions, elle est plus exposée qu'aucune autre à l'action des agens extérieurs, dans les chûtes, les percussions violentes; ainsi qu'à l'irritation qui doit nécessairement résulter du frottement continuel des surfaces articulaires l'une sur l'autre dans la progression; parce qu'enfin la capsule qui environne cette articulation est naturellement lâche, fort extensible;...... si l'on considère toutes ces circonstances, on ne sera pas surpris de ce que *l'inflammation* attaque presque exclusivement *la membrane synoviale du genou.*

plus souvent elle revêt une forme chronique ou lente qui, en diminuant, ne détruit pas entièrement les fonctions de l'articulation, et qui, si elle n'est pas d'abord arrêtée par un traitement actif et méthodique, peut, comme une ophtalmie chronique, durer des semaines ou des mois, et peut même, après de fréquentes rechûtes, fatiguer et tourmenter successivement le malade pendant plusieurs années.

Le malade éprouve d'abord de la douleur dans l'articulation, qui souvent, bien qu'elle affecte toute la jointure, correspond principalement à un point qui se trouve plus sensible que le reste de la partie. La douleur augmente ordinairement pendant huit ou dix jours, pour arriver à son apogée. Quelquefois même à ce période la douleur est si peu de chose, que le malade n'en est que légèrement incommodé; et d'autres fois elle est si violente que tout mouvement de l'articulation est difficile et intolérable.

Ce n'est qu'un ou deux jours après la sensation de la douleur, qu'on observe le gonflement de l'articulation. D'abord la tuméfaction résulte entièrement de la présence d'une collection extraordinaire de fluide dans sa cavité. Dans les articulations superficielles, on sent facilement l'ondulation du fluide, si l'on exerce alternativement la pression avec les deux mains placées une de chaque côté.

Lorsque l'inflammation existe depuis quelque temps, il est moins facile de sentir le fluide, à cause de l'épaississement de la membrane synoviale, ou à cause de l'effusion de la lymphe sur sa surface interne ou externe; et dans quelques cas, lorsque la maladie a duré long-temps, bien que l'articulation soit très-enflée, et que les symptômes inflammatoires subsistent encore, on se doute à peine de la présence du fluide dans sa cavité. A mesure que le gonflement devient solide, la mobilité naturelle de l'articulation s'affaiblit davantage.

La forme du gonflement doit fixer l'attention. Comme elle ne ressemble pas aux extrémités articulaires des os (1), elle doit donc différer de la la forme naturelle de l'articulation. Le gonflement provient principalement de la distension de la membrane synoviale, et alors sa forme dépend en grande partie de la situation des ligamens et des tendons qui, lui résistant en certaines directions, l'obligent de se diriger et de prendre consistance dans un autre sens. Ainsi, lorsque le genou est affecté, on observe principalement le gonflement à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, sous les muscles extenseurs, où l'on ne trouve qu'un

(1) Plus bas on explique ce qu'on entend par *extrémités articulaires des os;* cette locution se rencontre souvent dans le cours de cet ouvrage.

tissu cellulaire peu résistant entre ces muscles et les os. Souvent il est aussi considérable dans les espaces compris entre la rotule et les ligamens latéraux; le fluide ramassé dans la cavité pousse la substance graisseuse vers les parties externes qui offrent une résistance moindre qu'ailleurs. Au coude, le gonflement se manifeste principalement dans la partie postérieure du bras, vers l'olécrane et sous les muscles extenseurs de l'avant-bras; au coude-pied, il paraît sur chaque côté, dans l'espace compris entre les ligamens et les tendons qui sont situés sur la partie antérieure. De même dans les autres articulations, la figure du gonflement, soit qu'elle tienne au fluide seul, soit à une substance solide, dépend en grande partie des ligamens et des tendons voisins, et du degré de résistance qu'ils offrent; ces circonstances, en apparence minutieuses, méritent notre attention, puisqu'elles nous rendent capables de former plus aisément notre diagnostic.

La maladie se présente moins fréquemment dans la hanche et dans l'épaule que dans les articulations superficielles. Dans ces grandes articulations on ne sent point la fluctuation, mais le gonflement s'aperçoit à travers les muscles. Lorsque la hanche est affectée, on voit d'abord une tuméfaction dans l'aine et dans la fesse; mais lorsque la maladie dure depuis quelque temps, la fesse prend

une apparence applatie à raison du dépérissement des muscles par le défaut d'exercice. Ordinairement la douleur se borne à la hanche ; mais j'ai vu des cas dans lesquels elle se prolongeait jusqu'au genou. Ces symptômes, jusqu'à un certain point, correspondent à ceux qui ont lieu lorsque les cartilages de la hanche sont ulcérés ; mais en faisant quelque attention aux circonstances suivantes, il nous sera facile de distinguer les deux maladies l'une de l'autre : lorsque la membrane synoviale de la hanche est enflammée, la douleur est moins intense au commencement que dans le période avancé de la maladie, et elle ne va jamais jusqu'à une sensation martyrisante, qui épuise et les forces et le courage du malade qui a déjà bien de la peine à supporter l'autre affection ; la douleur s'aggrave par le mouvement, mais non en faisant agir les surfaces cartilagineuses l'une sur l'autre, puisque la pesanteur du corps peut sans inconvénient être supportée sur le membre malade ; le dépérissement des muscles fessiers est précédé de l'apparence tuméfiée de la fesse.

Après que l'inflammation de la membrane synoviale est tombée, le fluide est absorbé, et dans quelques cas l'articulation reprend sa forme et sa mobilité naturelle ; mais dans la plupart, il reste de l'enflûre et de l'engourdissement. Quel-

quefois le gonflement contracte une forme particulière qui subsiste tant qu'il y a inflammation, et tant qu'il y a du fluide contenu dans l'articulation; il serait assez raisonnable de croire qu'elle dépend principalement de ce que la surface interne de la membrane synoviale est tapissée d'une épaisse enveloppe de lymphe coagulable; d'autres fois le gonflement a la forme des extrémités articulaires des os, c'est-à-dire presque la forme naturelle de l'articulation: c'est probablement un état d'épaississement de la membrane synoviale. Quelle que soit, après la chûte de l'inflammation, la cause qui entretienne le gonflement, le malade est très-sujet au retour de l'affection. S'il s'expose au froid, s'il exerce le membre plus qu'à l'ordinaire, et souvent sans raison évidente, la douleur reparaît et le gonflement augmente. Dans les cas où il y a épaississement de la membrane, bien que le fluide soit absorbé et que le principal gonflement ait disparu, il arrive que non-seulement un état inflammatoire languit dans la partie, mais encore qu'il persiste jusqu'à ce que le travail morbide se soit étendu aux autres tissus; et enfin l'ulcération s'établit dans les cartilages, la suppuration survient, et il s'en suit une destruction complète des surfaces articulaires. Dans cet état, si l'on désire savoir quelle a été l'affection primitive, ou de l'inflammation de la membrane synoviale, ou

de l'ulcération des cartilages, on doit porter son jugement, non d'après les symptômes actuels, mais d'après l'histoire préalable du cas. Il est, à la vérité, souvent difficile de se procurer une histoire sur l'exactitude de laquelle on puisse compter, surtout dans la pratique des hôpitaux; mais ce n'est pas aussi important si la maladie est prise dans son origine; et si elle a eu son cours ordinaire, il ne peut y avoir de différence dans le traitement; pour la plupart du temps, lorsque la suppuration a eu lieu, on doit peu attendre des moyens à employer; il faut en venir à l'amputation.

Je crois que l'histoire rapportée plus haut est celle de la majorité des cas où cette maladie existe. Mais on se rappelle que j'ai observé que l'inflammation peut affecter les membranes synoviales à divers degrés d'intensité, et l'on aura occasion de voir qu'elle est plus urgente dans ses symptômes et plus rapide dans sa marche qu'on ne l'a mentionné, si au lieu d'avoir les caractères d'une inflammation chronique, elle a ceux d'une inflammation aiguë. Toutefois, le gonflement a lieu immédiatement après, ou en même temps que la première sensation de douleur s'est déclarée; il y a rougeur de la peau; la douleur augmente et s'irrite par le mouvement; le malade tient constamment l'articulation dans la même position,

et ordinairement c'est dans un état intermédiaire entre la flexion et l'extension. Ces symptômes s'accompagnent de fièvre inflammatoire plus ou moins forte. Dans peu de jours, la maladie, si on l'abandonne à elle-même, prend une forme chronique ; mais elle peut disparaître tout-à-fait si on la traite convenablement.

On observera toutefois que les bornes de l'inflammation aiguë et chronique ne peuvent pas être bien déterminées. Ces deux termes expriment assez bien les deux extrêmes ; mais il y a tant de degrés intermédiaires dans l'inflammation, qu'il n'est pas facile de fixer s'ils doivent être considérés comme appartenant à l'espèce aiguë ou chronique. Dans cette occasion et dans plusieurs autres, le pathologiste aura lieu d'être satisfait, s'il parvient à désigner les variétés principales de la maladie qui se présentent, et les symptômes qu'elles produisent ; ainsi il mettra les autres à même, s'ils sont doués d'un génie observateur, de distinguer dans les caractères des maladies les plus légères nuances que le langage ne peut peindre, mais dont la connaissance est si importante dans la pratique médicale et chirurgicale.

SECTION III.

Traitement.

Dans les cas où l'inflammation de la membrane synoviale provient de l'usage trop prolongé ou mal indiqué du mercure, on donnera avec quelque succès la salsepareille, bien qu'elle n'ait pas ici les vertus singulières qu'elle possède dans d'autres maladies qui découlent de la même source. Lorsque l'inflammation est liée au rhumatisme (1), l'opium combiné avec les diaphorétiques, avec les préparations du colchique automnal et quelques autres médicamens, peut s'employer afin d'atténuer le rhumatisme des autres parties. Dans

(1) Les médecins anglais font actuellement un grand usage de l'opium dans le rhumatisme : ils l'emploient avec quelque apparence de succès à la dose de six grains en six pillules par jour, mais il faut que le rhumatisme ait un certain caractère d'irritation. Ce n'était point tout à fait la méthode de Cullen, leur maître ; il dit : « Les narcotiques, à moins qu'on ne les donne de manière à exciter les sueurs, sont toujours nuisibles dans tous les temps de la maladie ». Bien que l'opium soit regardé comme sudorifique, je ne pense pas que ce soit dans le cas d'irritation qu'on doive l'employer comme tel. La médecine de Brown était facile : il m'a paru que la pratique des médecins anglais s'en ressent encore.

quelques autres cas, lorsque plusieurs articulations sont affectées en même temps, il m'a paru que le malade se trouvait bien de l'usage modéré de quelques préparations mercurielles.

Toutefois, les données principales que j'ai à présenter sont relatives au traitement local de la maladie; et il est digne de remarque que, dans les cas où elle est évidemment sous la dépendance d'une affection constitutionnelle, les topiques l'ont toujours emporté, en heureux résultats, sur tous les autres remèdes.

Dans la forme aiguë de l'inflammation on appliquera des sangsues dans le voisinage de la partie; si elle s'accompagne d'une grande fièvre symptômatique, on tire du sang du bras, et, selon les circonstances, on répétera ou non la saignée. On aura égard à l'état des intestins; et s'il y a lieu, on donnera les sels neutres combinés avec des diaphorétiques. Si le gonflement est arrivé tout à-coup, au point d'occasionner une tension considérable des parties molles, on tempérera la douleur par des fomentations chaudes et des cataplasmes; si on l'aime mieux, on fera des lotions froides: elles m'ont paru d'un meilleur effet. En général, l'inflammation aiguë cède promptement à l'emploi de ce traitement.

L'inflammation chronique est plus lente à disparaître. En premier lieu, si l'articulation reste dans un

état de parfaite indolence, il conviendra de tirer du sang de la partie, soit par les sangsues, soit par les ventouses. Il me semble que la dernière méthode est préférable; l'extraction soudaine du sang ainsi faite est plus bienfaisante que celle qui ne se fait que peu à peu, comme par l'application des sangsues : il est en général à propos de répéter la saignée deux, trois fois, ou même plus souvent; et dans les intervalles, on ne doit pas négliger de couvrir la partie avec des compresses, imbibées de quelque lotion froide. Après que la violence de l'inflammation est abattue, on appliquera un vésicatoire; et, s'il est nécessaire, on aura recours à plusieurs successivement; les résultats seront plus réels que ceux d'un seul vésicatoire que l'on entretiendrait avec de l'onguent de sabine. Les vésicatoires doivent être assez grands : si l'affection de l'articulation est située profondément, on les apposera aussi près que possible; mais dans les cas ordinaires, un vésicatoire placé à une petite distance est fréquemment plus utile. Par exemple, si la membrane synoviale de la hanche est enflammée, on mettra le vésicatoire sur l'aine ou sur la fesse; mais si la maladie est dans le poignet, on l'appliquera sur la partie inférieure de l'avant-bras. Par l'emploi de ce traitement, la douleur se calme ordinairement; et sous peu de jours, le gonflement, s'il dépend d'un fluide rassemblé dans la jointure,

s'amoindrit beaucoup. Même lorsque l'enflure a pris de la consistance, par suite de l'effusion de la lymphe coagulable, elle diminue considérablement, et quelquefois entièrement, pourvu que la lymphe ne soit pas encore organisée. Les vésicatoires, comme moyen de combattre le gonflement, sont d'une utilité plus réelle que les autres remèdes. Mais on ne doit pas en faire usage sans avoir préalablement tiré du sang, à moins que l'inflammation ne soit légère, ou que le fluide épanché soit mêlé à une matière solide.

Lorsque l'inflammation est tombée presque en totalité, il est utile de donner à l'articulation un exercice modéré; des linimens propres à irriter la peau seront employés en frictions deux ou trois fois par jour. Les linimens de la pharmacopée (1) ne sont pas ici assez stimulans, ni même dans bien d'autres circonstances. Le liniment suivant est plus rubéfiant que ceux qui sont d'un usage ordinaire,

(1) Chaque hôpital de Londres a sa pharmacopée particulière. Les formules en sont généralement très-simples; et si un seul ingrédient est une formule, on verra combien les médecins anglais sont peu partisans de la combinaison des remèdes dans les hôpitaux : j'a ouï dire que dans la pratique ordinaire, ils n'étaient point aussi sages. Ils seraient bien blâmables de mériter ce reproche.

et me paraît, dans plusieurs cas, avoir de très-bons résultats dans cette maladie.

℞. Olei olivæ ℥ j. ß.
Acidi sulphurici ℥ ß.
M. Fiat linimentum.

Ainsi composé, son action n'est pas trop forte, pour la classe des personnes qui cherchent du soulagement dans les hôpitaux; mais pour celles d'une plus haute classe de la société, dont l'épiderme est en général plus fine et plus tendre, la proportion d'huile devra être plus grande. L'effet de ce liniment est d'exciter un peu d'inflammation dans la peau : l'épiderme devient d'une couleur brune, et se détache en écailles épaisses et larges; et l'inflammation des parties internes est diminuée, probablement d'après le même principe par lequel agit un vésicatoire. Un autre liniment, qui est très en usage, et fréquemment recommandé, est celui-ci: il consiste en un dragme, ou plus, d'antimoine tartarisé et une once de blanc de baleine (adipocire). Il produit une éruption pustuleuse de la peau, qui, comme les autres éruptions de la même nature, a une marche prompte, et agit, en durant un certain temps, d'une manière avantageuse en dérivant l'inflammation des autres parties.

Aucun autre remède ne paraît produire d'aussi bons résultats.

Les emplâtres de gomme ammoniaque, et autres de même nature, sont peu efficaces tant qu'il reste de l'inflammation; mais, dans la suite, ils peuvent être utiles en garantissant l'articulation de l'influence du froid extérieur, et en prévenant un retour.

Les issues et les sétons ne sont utiles que lorsqu'il y a lieu de craindre qu'une maladie secondaire ne se manifeste sous la forme de l'ulcération des cartilages : j'aurai occasion de parler ci-après de leur usage dans ces circonstances.

On diminuera le gonflement et la tension qui subsiste après l'inflammation, par l'exercice convenable du membre et par les frictions. Le liniment mercuriel camphré peut être employé utilement, ainsi que les frictions d'amidon ou de toute autre poudre fine, faites avec la main. Les frictions, toutefois, ne s'emploient pas sans précaution; car, si elles sont trop actives, elles occasionnent souvent le retour de l'inflammation. Partout où il y a la moindre indication de rechûte, on doit renoncer aux frictions, pour la saignée locale, et l'on attendra quelque temps avant de reprendre les frictions. Elles produisent quelquefois un bien très-essentiel, pourvu qu'elles soient portées assez loin; elles devraient durer deux ou trois heures par jour, et un long espace de temps. Cependant, comme il est probable qu'employées de cette manière, elles

rameneraient l'inflammation dans les parties où la disposition inflammatoire gît encore, c'est évidemment un remède qui n'est applicable que dans certaines circonstances : c'est pour cela que les frictions paraissent plus efficaces là où la roideur de l'articulation dépend de la contraction des muscles ou des tendons du membre et de leur adhésion mutuelle, ainsi que de cette même adhésion aux parties environnantes; que lorsque ces phénomènes sont la suite de la maladie de l'articulation elle-même.

J'ai quelquefois essayé l'effet de la douche chaude sur une articulation, dans un état de roideur, ainsi que le recommande Le Dran, et comme on le pratique maintenant dans quelques lieux où l'on se rend pour prendre des bains. La chûte de la colonne d'eau, venant d'une hauteur de plusieurs pieds, produit une irritation assez considérable, pour excorier la surface : de plus elle jouit d'un pouvoir relâchant dans l'action combinée de la chaleur et de l'humidité. Certainement cette pratique est heureuse en bons résultats; mais les observations que nous venons de présenter s'appliquent à la douche aussi bien qu'aux autres moyens de produire des frictions.

SECTION IV.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

Les faits que je vais exposer serviront à éclaircir quelques-unes des observations que j'ai rapportées relativement à l'inflammation de la membrane synoviale; ils rendront raison aussi de quelques circonstances qui peuvent se rencontrer dans la pratique, et dont la place n'était pas aussi bien indiquée dans l'histoire générale de la maladie, faite dans les pages précédentes. Quiconque se donnera la peine de comparer ces cas entre eux et avec ceux que je transcrirai ci-après, sera convaincu, ou je suis bien dans l'erreur, que la distinction des différentes maladies articulaires n'est pas seulement une matière de pure curiosité qui ne doive intéresser que l'anatomie pathologique; mais que ces maladies sont différentes dans leur marche, différentes dans leurs symptômes, et différentes dans l'emploi des remèdes appropriés.

IIIe. OBSERVATION.

John Adams, âgé de 47 ans, ressentit, le 21 Août 1811, de la douleur dans le genou gauche, et s'aperçut au bout de quelques heures du gonflement de l'articulation. Il eut un léger accès de fièvre.

Il fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 28 Août. A cette époque, le genou était extrêmement douloureux, sensible et très-tuméfié; le gonflement n'avait pas la forme des extrémités articulaires des os, mais il était plus proéminent à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, sous la portion inférieure des muscles extenseurs. Il était facile de sentir la fluctuation de la sérosité épanchée dans la membrane synoviale.

On tira au moyen des ventouses huit onces de sang du genou. Cette perte de sang fut suivie immédiatement de l'abattement de la douleur et d'une diminution de sensibilité et de gonflement. On appliqua un vésicatoire le 30 du même mois.

Les ventouses furent répétées, le 9 et le 18 Septembre et le 4 Octobre; chaque fois, on fit l'application d'un vésicatoire.

Le 10 Octobre, il n'y avait dans l'articulation ni douleur ni sensibilité. Elle était roide et encore légèrement gonflée, mais on ne sentait plus de fluctuation; le gonflement paraissait tenir entièrement à une substance solide. On ordonna l'usage du liniment stimulant, deux fois le jour.

Le 18 Octobre, il n'y eut pas le moindre signe du retour de l'inflammation; diminution de la roideur et du gonflement. On fit usage alors matin et soir des frictions d'amidon faites avec la main; et peu de jours après, on ajouta à l'emploi des

frictions, des douches d'eau chaude dirigées sur le genou, à la hauteur de plusieurs pieds, durant une demi-heure, tous les matins.

Vers le milieu de Novembre, il fut renvoyé de l'hôpital, le genou étant presque aussi petit et aussi mobile qu'avant qu'il eût été le siége d'une inflammation.

IV° OBSERVATION.

Robert Stewart, de l'âge de 18 ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 26 Janvier 1814.

Il dit qu'environ sept semaines avant son entrée, le genou droit s'était enflé et était devenu douloureux sans aucune cause évidente; la douleur et le gonflement avaient eu lieu vers le même temps; la douleur était violente et accompagnée de fièvre. Environ une quinzaine avant son admission, la douleur et le gonflement avaient beaucoup diminué par l'application des ventouses sur le genou; aussi les mouvemens de la jambe étaient-ils plus libres. Les ventouses avaient été répétées le jour qui précéda son arrivée à l'hôpital, et avaient produit le même soulagement.

Reçu à l'hôpital, le genou était encore très-enflé, et l'enflure s'étendant sur la partie antérieure et inférieure de la cuisse sur les muscles extenseurs, paraissait dépendre principalement d'une substance solide répandue dans

l'articulation ; on distinguait très-peu de sérosité. Il n'y avait que peu de douleur et de sensibilité, et l'articulation n'était susceptible que d'un mouvement borné ; le malade disait qu'il la sentait moins roide qu'auparavant.

Le 27 Janvier, on tira 8 onces de sang du genou, au moyen des ventouses, et puis on appliqua un vésicatoire.

Le 5 Février, le vésicatoire était guéri ; le gonflement avait beaucoup diminué ; la substance solide qui se trouvait répandue fut absorbée en si grande quantité, que la forme des extrémités articulaires des os put être appréciée. Le vésicatoire fut répété.

Le 18 Février, l'articulation était à peine plus grosse que dans l'état naturel, mais elle était encore un peu roide. Cette tension disparut par l'emploi des frictions mercurielles camphrées, et le 23 de ce même mois, il fut renvoyé de l'hôpital comme guéri.

Vᵉ. OBSERVATION.

John Hannam, homme vigoureux et dans la force de l'âge, fut reçu à l'hôpital St.-Georges et commis aux soins de M. Keate, le 22 Mai 1811.

Il rapporta qu'il y avait six ans qu'il s'était foulé le genou, lequel devint en peu d'heures gros et douloureux. Dans l'espace d'un mois la dou-

leur et le gonflement disparurent, et il reprit ses fonctions de soldat dans un des régimens des gardes à cheval : mais depuis ce temps, il éprouva ce qu'il appelait une faiblesse de la jointure ; le gonflement et la douleur reparaissaient sitôt qu'il se livrait à un exercice un peu fort. Un an et demi avant son entrée à l'hôpital, il eut la fièvre : depuis ce temps, le genou fut plus enflé et plus douloureux ; dans cet état, quelquefois mieux, quelquefois plus mal, il se vit obligé d'abandonner le service, ne pouvant remplir son devoir.

A l'époque de son admission, le genou était gros ; cette grosseur tenait en partie à la sérosité versée dans sa cavité, en partie à l'épaississement des parties molles. Le gonflement s'étendait quelque peu sur la partie antérieure de la cuisse, et proéminait de chaque côté du ligament de la rotule. L'articulation était engourdie, mais admettait, quoique imparfaitement, la flexion et l'extension. En repos, il éprouvait quelque douleur ; mais elle était bien plus forte toutes les fois qu'il essayait d'exercer le membre. Il y avait dans l'aine une glande lymphatique engorgée.

Le genou reçut plusieurs fois l'application des ventouses, tant que le malade resta à l'hôpital. Les vésicatoires et les linimens stimulans furent mis en usage, et vers la fin de Septembre, il prit

son *exeat*, se trouvant mieux que lors de son admission; mais il ressentait de la douleur toutes les fois qu'il faisait un exercice peu modéré, et l'articulation devenait grosse et roide, moins cependant qu'auparavant. Le gonflement paraissait alors tenir entièrement à une matière solide, car il n'y avait pas de signe sensible de fluctuation.

Seize mois après, j'eus occasion de le revoir. Je trouvai très-peu de changement dans l'état du genou; il disait que lorsqu'il prenait plus d'exercice qu'à l'ordinaire, ou qu'il s'exposait au froid, l'inflammation survenait, et le gonflement augmentait; mais que sitôt qu'il observait le repos quelque temps, ces symptômes éprouvaient toujours de l'amendement.

Les trois observations précédentes suffisent pour éclaircir les caractères ordinaires et la marche propre de la maladie. Celles qui suivent expliqueront certaines circonstances qui, bien qu'elles soient moins fréquentes, se montrent quelquefois, et qui, par cela même, sont d'une grande importance pour le chirurgien.

VIe. OBSERVATION.

Un jeune gentleman de l'âge de 13 ans environ, eut, en Juillet 1817, une inflammation de la mem-

brane synoviale d'un des genoux, accompagnée des symptômes ordinaires. On tira du genou du sang par les sangsues et les ventouses; l'on fit des lotions froides, et la violence de l'inflammation se calma. Au commencement d'Octobre, on appliqua un vésicatoire, et sur la fin du même mois, le genou se trouvait dans l'état suivant : Il était plus gros que l'autre ; l'engorgement avait la forme des extrémités articulaires des os, et semblait tenir à un épaississement de la membrane synoviale. La jointure ne permettait qu'un mouvement très-borné, et lorsqu'il était porté trop loin elle devenait douloureuse. On prescrivit alors l'usage des frictions avec un liniment stimulant.

La maladie se maintint dans cet état jusque vers la mi-Novembre; alors le gonflement tomba soudainement et disparut presque tout-à-fait. Mais le même jour, il se plaignit d'une douleur aiguë à la tête dans la direction des tempes au front, au-dessus même des sourcils. Cette douleur le quitta peu d'heures après, et laissa une légère indisposition ; pendant plusieurs jours elle revint périodiquement sous la forme d'un paroxisme nocturne très-violent, mais seulement de la durée de quelques minutes. Des sangsues et des vésicatoires furent apposés à la tête et aux jambes, et des purgatifs furent administrés. Au bout d'une semaine la douleur cessa; mais il fut pris d'une

grande somnolence que suivit bientôt le strabisme, la confusion des objets, et la cessation presque totale de la parole; et après avoir resté dans cet état une semaine environ, il mourut. Le corps ne fut pas ouvert.

VIIe. OBSERVATION.

James Burton, âgé de 40 ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 2 Juin 1813, pour une maladie du genou gauche. Il dit qu'il y avait deux ans que l'articulation était douloureuse et enflée; elle ne le fut d'abord que légèrement, mais ensuite la douleur et l'enflûre augmentèrent; il observait que les symptômes empiraient toujours à l'approche d'un temps froid ou humide. Pendant les neuf derniers mois, il était incapable de faire usage de l'articulation, même pour suffire à ses occupations ordinaires. A diverses reprises on employa les vésicatoires et les cautères, mais ils ne procuraient qu'un soulagement passager. A l'époque de son admission, le genou était tuméfié, et cette tuméfaction provenait de la sérosité répandue dans la cavité de la membrane synoviale. Les deux mains appliquées sur les côtés de la jointure, il était facile de distinguer la fluctuation du liquide. Les parties molles étaient tant soit peu épaissies, mais non pas considérablement. Le malade éprouvait peu de douleur, si ce n'est

dans le mouvement; il était incapable d'amener la jambe en angle droit, mais il l'étendait entièrement. L'engorgement de l'articulation paraissait plus considérable qu'il ne l'était effectivement, à cause de l'amincissement des muscles de la cuisse et de la jambe.

On tira du sang au moyen des ventouses appliquées sur le genou, et ensuite on apposa successivement plusieurs vésicatoires. Il prit cinq grains de calomélas, en pilules, chaque soir; le 2 Août, on mit un vésicatoire qui fut entretenu avec de l'onguent de sabine. Au bout de trois semaines, il ressentit de la douleur et un sentiment d'irritation qui s'étendait à la cuisse et à la jambe. Ces symptômes furent attribués à la présence du vésicatoire, et ils cessèrent dès que la surface *vésicatoriée* fut recouverte par l'épiderme. Le 20 Septembre, il sortit de l'hôpital, n'offrant d'autre symptôme qu'un peu de roideur dans l'articulation.

Au commencement de Juillet 1815, le même malade revint se confier à mes soins. A cette époque, les deux genoux étaient distendus par la sérosité; l'épaule droite était enflée, mais à un moindre degré; il y avait une collection de fluide dans la membrane synoviale qui forme la gaîne des tendons, sur la partie postérieure de chaque poignet. En examinant le genou droit le

plus gros des deux, la main appliquée sur la partie éprouvait une sensation comme si elle eût été produite par une quantité de petits corps mobiles d'une consistance molle, contenus dans la cavité de la jointure. Les articulations étaient libres et très-peu douloureuses; le malade dit que toutes ces tumeurs s'étaient manifestées trois mois environ après sa sortie de l'hôpital, par une légère douleur qui alla toujours en augmentant.

Je pense que ces corps mobiles qui furent sentis dans le genou, étaient des fragmens de lymphe coagulable qui, se trouvant répandus sur la surface interne de la membrane synoviale, s'étaient détachés par la suite : semblables à ceux qui se forment quelquefois dans la cavité d'une bourse muqueuse enflammée, et dont j'aurai occasion de parler ci-après. Je n'ai point été à même d'observer la marche subséquente de la maladie chez ce malade, ni même de certifier par la dissection, l'exactitude ou la fausseté de cette opinion, relativement à ces fragmens de matière mobile. Ils sont certainement d'une nature différente de celle des cartilages mobiles qui se sont rencontrés dans d'autres cas.

VIIIe. OBSERVATION.

Amy Brookes, âgée de 54 ans, fut reçue à l'hôpital St.-Georges, le 10 Juin 1818.

Il y a trois ans, son genou devint gros et douloureux, et la douleur et le gonflement avaient toujours duré depuis, quelquefois à un degré plus grand, quelquefois à un degré moindre. A l'époque de son admission, le genou était très-gonflé, et ce gonflement provenait du fluide rassemblé dans sa cavité. La douleur répondait dans l'articulation et s'agravait par le mouvement, mais elle n'était pas assez intense pour l'empêcher de reposer la nuit, ou de vaquer à ses occupations habituelles. L'examen du genou donnait à la main une sensation, comme si l'on distinguait dans l'articulation une substance molle et mobile; et si l'on remuait la rotule tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, l'on entendait un crépitement.

Durant le temps qu'elle demeura à l'hôpital, on lui tira du sang du genou, deux fois par les ventouses et une fois par les sangsues; on appliqua deux vésicatoires. Le 15 Juillet, elle reçut son exéat comme étant guérie; il n'y avait ni gonflement ni douleur; la matière mobile ne s'apercevait plus, et l'on distinguait à peine le crépitement.

Le crépitement qui fut observé dans ce cas, et dont je ne connais pas la cause, ne se rencontre que dans quelques circonstances. Il est différent de celui que j'ai trouvé dans les cas qui laissent à croire

que les cartilages sont assez détruits pour mettre l'os à découvert.

L'observation suivante fournit l'exemple d'une maladie qui, je sache, n'a jamais été décrite par aucun auteur de pathologie ou de chirurgie. Un des symptômes le plus remarquable, qui engendra la maladie, est une inflammation des membranes synoviales. Comme elle se rapporte au sujet qui m'occupe maintenant, j'ai pensé qu'elle ne pouvait être mieux placée qu'ici.

IXe OBSERVATION.

Diathèse synovialite par quinto-morbi.

Un gentleman, âgé de 45 ans, se plaignit vers le milieu de Juin 1817, de symptômes ressemblans à ceux de la gonorrhée; il y avait écoulement purulent de l'urètre, avec ardeurs d'urine et érections douloureuses. Le 23 Juin, il commença à éprouver quelque douleur dans les pieds : le 24, cette douleur fut plus forte, mais pas assez pour qu'il ne pût parcourir quatre mille en se promenant. Les yeux étaient légèrement enflammés.

Le 25 Juin, la douleur des pieds fut plus grave; la conjonctive des yeux était frappée d'une violente inflammation, et accompagnée d'une abondante évacuation de pus.

Ces symptômes redoublèrent d'intensité; le poul frappait les doigts de 80 à 90 fois par minute ; la

langue était chargée ; le malade ne pouvait fermer l'œil, et était inquiet toute la nuit. Les deux pieds se gonflèrent de partout, il y avait inflammation des membranes synoviales des maléoles : je crus apercevoir que cette affection du pied provenait de l'inflammation des membranes synoviales, des articulations du tarse, du métatarse et des orteils. Il disait qu'il ne pouvait mieux comparer la douleur qu'il éprouvait, qu'à celle que lui donnerait la compression du pied sous une vis.

Le 27 Juin, le genou gauche fut douloureux, et le jour suivant la synovie distendait excessivement la membrane synoviale de l'articulation. Alors le malade fut entièrement perclus, forcé de garder le lit, et incapable de changer de position sans secours. L'inflammation des yeux et de l'urètre avait légèrement diminué.

Le 30 Juin, l'inflammation des yeux et de l'urètre s'était beaucoup amendée, et l'écoulement purulent était moins abondant. Les souffrances des articulations étaient aussi moins graves, et les pieds moins gros. Le jour suivant le genou était pareillement diminué.

Il continua à se rétablir, et le 10 Juillet le gonflement des pieds était encore moins gros, et celui du genou avait presque entièrement disparu. Le poul continuait à battre de 80 à 90 fois par minute ; la langue était encore chargée. Il éprouvait

de la douleur dans les pieds et dans le genou, mais moins forte que précédemment : la nuit n'était pas tout-à-fait calme.

Le 13 Juillet, il se plaignit de douleur dans le genou droit, et le jour suivant la même douleur se réveilla dans le coude droit et dans l'épaule.

Le genou droit fut ensuite distendu par la sérosité versée dans la cavité de la membrane synoviale, mais non pas au même degré que dans l'autre genou ; le gonflement tomba bientôt après. L'épaule et le coude ne furent jamais sensiblement tuméfiés.

Le 1er. Août, toutes ses souffrances avaient cessé. Les yeux et l'urètre n'étaient plus enflammés, et l'écoulement purulent à peine perceptible.

Le 5 Août, il n'éprouvait plus de douleur que celle que produisait le mouvement ; les articulations qui avaient été affectées, étaient engourdies ; mais il avait la force de marcher avec des béquilles.

Depuis lors, il se rétablit progressivement. La roideur des jointures diminua très-lentement ; mais il fut libre de toute incommodité : il resta plus de temps à recouvrer l'usage de l'épaule que celui des autres articulations.

En Décembre suivant, 1817 (à cette époque il avait presque, mais non entièrement, recouvré l'usage de ses membres), il eut une nouvelle attaque de la maladie. Les symptômes furent les

mêmes qu'auparavant; ils se succédèrent dans le même ordre, suivirent la même marche, mais d'une manière moins violente. Cette seconde attaque dura environ six semaines, et le laissa presque impotent.

En Mars 1818, il fut affecté d'une ophtalmie, mais d'une nature différente de celle qui avait eu lieu l'été précédent. L'inflammation s'établit dans les tuniques propres de l'œil; il paraissait probable qu'elles n'allaient pas tarder à former adhérence avec l'iris, et à détruire ainsi les organes de la vision, si l'on n'avait pas arrêté ses progrès par des saignées répétées et l'usage du mercure.

Pour que l'histoire de la maladie fût exposée aussi simplement que possible, j'ai dû décrire les symptômes sans dire jusqu'ici le traitement qui fut employé. — Des sangsues et des vésicatoires appliqués au genou; des linimens rubéfiants mis en usage sur les genoux et les épaules; et des fomentations, s'il y avait forte douleur, formaient les principaux remèdes topiques. Parmi les divers médicamens qui furent prescrits, aucun ne parut produire plus de bien que le vin de colchique. C'est par l'emploi de ce médicament que commencèrent à s'amender non-seulement les souffrances et les tuméfactions des articulations, mais même l'inflammation purulente des yeux et de l'urètre; et je suis très-porté à croire que c'est à lui que le

malade dut un rétablissement plus prompt qu'il ne l'attendait (1).

J'ai eu occasion de voir quatre autres cas, dans lesquels eut lieu un semblable concours de symptômes.

Un gentleman eut huit attaques de cette maladie. La première eut lieu dans sa vingtième année, et les autres à divers intervalles dans le cours des dix-sept ans qui suivirent. Dans l'une d'elles, le premier symptôme fut l'inflammation de l'urètre, avec écoulement de pus, bien que des circonstances particulières ne lui permissent pas de soupçonner qu'il se fût exposé à contracter cette infection. Ce symptôme fut suivi d'une ophtalmie purulente, et de l'inflammation de la membrane synoviale. Dans

---

(1) Rarement M. Brodie fait entrer en ligne de compte l'état du tempérament parmi les symptômes, tant qu'il ne s'agit que de maladies, qu'il juge comme purement locales. Cependant, sans avoir la prétention de faire une critique rigoureuse, je crois que dans cette observation il était peut-être assez à propos de dire si la constitution du malade était ou n'était pas favorable à la persévérance de l'affection locale. Il est probable qu'il était essentiel de le noter, puisque ce ne fut qu'après l'avoir fortifié que la maladie articulaire eut une solution que les remèdes topiques seuls ne purent amener.

trois attaques, l'ophtalmie purulente fut le premier symptôme, et fut suivie de l'inflammation et de l'écoulement de l'urètre; alors les membranes synoviales s'affectèrent, et dans les autres quatre attaques, l'affection des membranes synoviales eut lieu sans inflammation préalable des yeux ou de l'urètre. La maladie ne se bornait pas aux membranes synoviales des articulations, mais elle s'étendait aussi à celle des bourses muqueuses. Dans quelques-unes des attaques, les muscles de l'abdomen étaient douloureux, sensibles et sujets à se contracter spasmodiquement; et il y avait quelquefois empêchement à la respiration, qui paraissait tenir à une semblable affection du diaphragme. La forme aiguë de la maladie, dans ce cas, dura depuis six semaines jusqu'à trois mois, mais il s'écoula presque un an avant le recouvrement parfait de l'usage de ses membres. Le dernier accès commença en Juillet 1817; et au commencement de Mai 1818, étant encore boîteux, il fut atteint d'une inflammation très-violente de la sclérotique et de l'iris d'un œil, qui fut domptée par d'abondantes saignées et par l'administration du mercure.

Un autre Gentleman fit le récit suivant de ses souffrances: Dans l'année 1809, il eut des symptômes analogues à ceux de la gonorrhée; ces symptômes ayant duré quelque temps, donnèrent lieu à l'inflammation et à l'engorgement d'un

testicule ; ces phénomènes furent suivis d'une ophtalmie purulente et de l'inflammation des membranes synoviales. En 1814, il eut une pareille attaque à l'exception de l'engorgement du testicule ; et en 1816, lorsque je fus consulté, il souffrait encore d'une inflammation chronique des membranes synoviales des genoux et des maléoles, suite de la dernière attaque qui paralysa, pour ainsi dire, les membres inférieurs.

Dans un quatrième cas, le malade souffrit d'une ophtalmie grave qui fut accompagnée de l'inflammation de l'urètre, et par suite les articulations furent prises : mais je n'ai pas eu occasion de suivre la marche de cette maladie, et je n'ai rien su de particulier.

Dans le dernier et cinquième cas, le malade avait à se plaindre d'un retrécissement de l'urètre. Il avait eu déjà quatre attaques de la maladie qui durèrent quelques années. L'inflammation de l'urètre fut le premier de tous les symptômes ; il fut suivi d'une ophtalmie purulente, et ensuite de l'inflammation des membranes synoviales, et du gonflement de presque toutes les articulations. Dans deux de ces attaques, il attribua l'écoulement de l'urètre à une infection gonorrhoïque, et dans les deux autres, à l'usage des bougies.

CHAPITRE II.

Ulcération de la Membrane synoviale (1).

LORSQU'UN abcès s'est formé dans une articulation, il se fait une ouverture ulcérée à la membrane synoviale, à travers laquelle la matière s'évacue. Les deux observations suivantes sont les deux seules que j'aie vues, où l'ulcération de la membrane synoviale se soit présentée comme affection primitive. La circonstance la plus remarquable qui les accompagnait, est qu'une maladie légère en apparence et fixée dans une partie qui ne concourt en rien aux fonctions vitales, ait produit un tel désordre dans l'économie, qu'il ait pu amener la mort. Ce n'est pas cependant le seul exemple de cette nature; il n'y a pas de chirurgien et de physiologiste qui ne puisse se rappeler de nombreux exemples qui démontrent qu'une impression faite sur un point du système.

(1) Je ne conçois l'ulcération de la membrane synoviale, comme maladie primitive, que tout autant qu'il y aurait eu déchirement spontané de cette membrane; car autrement il est impossible de la concevoir sans inflammation préalable; et dès lors quelque précipitée que soit l'inflammation, elle n'est jamais que secondaire.

nerveux, peut déranger et anéantir tout-à-fait les fonctions de la machine animale.

Xe. OBSERVATION.

Une jeune demoiselle de neuf ans, en jouant, le premier Janvier 1808, tomba et se fit une entorse à la hanche. Elle éprouva si peu d'incommodité, qu'elle se promena ce jour, comme à l'ordinaire. Le soir, elle dansa; mais comme elle fut prise de frissons, elle fut transportée à la maison et mise au lit. Le lendemain, elle se trouva très-indisposée, et se plaignait de douleur à la cuisse et au genou : le jour suivant, elle souffrit de la hanche et eut beaucoup de fièvre. Les symptômes persistèrent; elle tomba dans le délire, et mourut précisément une semaine après l'accident.

On fit l'examen du corps, le jour suivant: les viscères du thorax et de l'abdomen furent trouvés dans un état parfaitement sain. La cavité cotyloïde de la cuisse malade contenait environ une demi-once de pus très-foncé; et la membrane synoviale qui enveloppe le cou du fémur était détruite par l'ulcération, dans l'étendue d'environ un schelling (un franc.)

XIe. OBSERVATION.

Un homme d'un âge moyen, qui avait reçu une contusion dans une épaule, fut admis à l'hôpital St.-Georges, dans l'hiver de 1812. Il se

plaignait de douleur et de sensibilité dans l'épaule; on pouvait distinguer un peu de gonflement ; mais sa maladie principale était une fièvre, analogue par son caractère, au typhus; et dont il mourut, peu de jours après son admission.

En examinant le corps, on trouva environ une demi-once de pus limpide dans la cavité glénoïde. La membrane synoviale portait des traces d'une inflammation générale, et la portion qui s'épanouit sur le col de l'humérus était détruite par l'ulcération, dans l'étendue d'un sixpence (un demi-franc) environ (1).

(1) Ces deux observations, surtout la dernière, sont assez analogues dans leurs phénomènes à certains accidens qui arrivent dans les maladies dites fièvres typhoïdes; ces fièvres donnent souvent lieu, quand leur issue doit être funeste, aux charbons, quelquefois au gonflement presque instantané des articulations (*). Pour que le premier cas fût entièrement conforme à cette observation, il faudrait supposer : que la chûte de la jeune personne aurait développé une maladie imminente ; le second se trouve parfaitement semblable aux affections articulaires qui éclatent sur la fin des symptômes de malignité, d'où je pourrais conclure qu'ici l'ulcération de la membrane synoviale n'est qu'un accident très-secondaire, si je mettais en doute que l'auteur peut méconnaître de tels faits.

(*) Il est à croire que les charbons sont ici analogues au gonflement articulaire; c'est le même phénomène.

CHAPITRE III.

Cas dans lesquels la Membrane synoviale subit une altération morbide dans son tissu.

SECTION Ire.

Observations pathologiques.

Il y a des maladies qui consistent simplement dans une action morbide; il y en a d'autres dans lesquelles l'action morbide produit un changement morbide dans la structure anatomique.

Les maladies de la dernière classe diffèrent par leur nature, dans différens organes. Ainsi, les tubercules qui affectent les poumons, dans la phthisie pulmonaire, ne se rencontrent jamais dans le sein; le cancer qui siége souvent dans le sein, n'attaque jamais les poumons, à moins qu'il ne s'y étende des parties contiguës.

La maladie que je vais décrire dans ce chapitre, consiste dans une altération morbide de structure, qui survient dans les membranes synoviales des

articulations, et qui, autant que j'ai cru le voir, est particulière à ces parties. Je n'ai jamais vu de pareille maladie dans les membranes séreuses qui ont tant de ressemblance avec les synoviales, dans leur nature et dans leurs fonctions; ni même dans les membranes synoviales qui constituent les bourses muqueuses et les gaînes des tendons.

Il y a plusieurs années qu'en examinant un coude malade, je trouvai les surfaces cartilagineuses complètement détruites par l'ulcération : il s'était formé un abcès dans l'articulation, et l'on ne distinguait rien de la structure naturelle des parties molles; elles étaient converties en une substance pulpeuse, d'une couleur légèrement foncée, et d'un tiers de pouce d'épaisseur. Comme les ravages de la maladie étaient très-étendus, il fut impossible de déterminer, d'après l'état des parties, où avait pris naissance l'action morbide. Ce cas, toutefois, diffère matériellement de quelques autres que j'ai rencontrés, où la destruction des cartilages n'était accompagnée d'aucune affection des parties molles, semblable à celle que j'ai décrite. Les observations suivantes que j'ai faites depuis, fournissent des exemples de la même maladie, dans des périodes plus avancés dans ses progrès, et montrent qu'elle commence dans la membrane synoviale, et que les autres parties ne sont atteintes que consécutivement.

XIIe. OBSERVATION.

Dans un genou malade qui me fut envoyé pour être examiné, par mon ami, M. Horn, chirurgien à l'infirmerie de Newcastle, je trouvai, dans la cavité de l'articulation, environ quatre onces d'un liquide jaune pâle, dans lequel flottaient des flocons de lymphe coagulable. La membrane synoviale, soit qu'elle fournisse les feuillets libres qui s'étendent d'un os à l'autre, ou qu'elle se réfléchisse sur les os eux-mêmes, les ligamens cruciaux et la substance graisseuse de l'articulation, tout avait perdu entièrement son apparence naturelle. Cette membrane était convertie en substance pulpeuse, de l'épaisseur d'un quart de pouce environ dans sa plus grande étendue, et presque deux fois autant dans le reste; elle était d'une couleur légèrement brune, coupée par des linéamens membraneux blancs, et marquetée de taches rouges, formées par de petits vaisseaux injectés de sang. La membrane synoviale sur le rebord des surfaces cartilagineuses avait subi un changement semblable de structure, mais seulement dans une petite étendue. Les cartilages sémilunaires étaient entiers, mais en grande partie cachés par la substance pulpeuse qui les dépassait. Les cartilages qui couvraient les os se trouvaient, dans quelques points, dans un état d'ulcération commençante.

XIIIe. OBSERVATION.

Martha Manners, âgée de 26 ans, fut admise a l'hôpital St.-Georges, le 6 Mars 1813, pour une maladie du genou gauche.

Elle dit, qu'en Juin 1811, elle s'aperçut d'abord du gonflement et de la roideur de l'articulation, et que depuis ce temps ces deux symptômes avaient augmenté, mais par gradation. Vers la Saint-Michel 1812, elle prit froid, et le gonflement augmenta plus promptement, sans être pour cela accompagné de beaucoup de douleur.

A l'époque de son admission à l'hôpital, le genou droit était plus volumineux que le gauche de deux pouces. La grosseur offrait de l'élasticité, proéminait à la partie supérieure et inférieure de l'articulation, et ne présentait point la forme des extrémités articulaires des os. La jointure permettait bien quelque mouvement, mais la jambe ne pouvait complètement exécuter la flexion et l'extension sur la cuisse.

On fit inutilement usage de divers remèdes. L'engourdissement de la jointure augmenta : vers la mi-Mai, Martha Manners commença à éprouver une douleur très-vive, et bientôt après, il se forma un abcès sur le côté du ligament de la rotule, qui fut ouvert le 15 Juin. L'ouverture faite par la lancette guérit en peu de jours, mais la malade

ne discontinua pas de se plaindre d'une douleur toujours considérable ; sa santé déclinait beaucoup, et le 6 Août on pratiqua l'amputation du membre.

A l'examen, on trouva une once de matière épaisse dans la cavité. Les ligamens étaient sains : la membrane synoviale fut trouvée telle que dans le cas précédent ; le seul point de différence qui se présenta, c'est que toute la portion de la membrane qui se réfléchit sur les cartilages, était affectée, et manifestait la même altération que précédemment, mais elle était moins épaisse. Quelques points annonçaient que les cartilages commençaient à s'ulcérer ; mais l'ulcération avait fait si peu de progrès, qu'elle ne parut que superficielle.

XIVe. OBSERVATION.

Samuel Langford, de l'âge de 24 ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 22 Avril 1812.

A l'époque de son entrée un des genoux était deux fois plus gros que dans l'état naturel. L'engorgement proéminait sur la partie antérieure et inférieure de la cuisse. Il était si mou et si souple que, de prime abord, on soupçonnait un liquide ; mais en l'explorant avec plus de soin, on se convainquait de l'absence de fluide par l'absence de la fluctuation. La jambe était tenue dans une demi-flexion, et l'articulation n'admettait

qu'un mouvement très-limité. Il ne souffrait pas même dans les efforts qu'il faisait pour mouvoir le membre. La peau de la partie malade était pâle supérieurement, et dans sa substance rampaient des veines dilatées. Sur chaque côté de la tumeur, on apercevait un petit orifice qui laissait pénétrer la sonde dans un sinus de peu d'étendue. L'état général de la santé ne s'affaiblissait pas. Il dit qu'il y avait deux ans qu'il commença à éprouver de la douleur dans le genou; mais qu'elle n'avait pas suffi pour le détourner de ses occupations habituelles. Bientôt après l'articulation vint à se tuméfier, et l'engorgement augmenta graduellement depuis cette époque. Plusieurs abcès s'étaient formés à différentes fois; mais le plus grand nombre se cicatrisa.

Deux mois environ après son admission à l'hôpital, le membre fut amputé.

En examinant l'articulation, les ligamens se trouvèrent dans l'état le plus sain. Toute la membrane synoviale, à l'exception de la partie qui se réfléchit sur les cartilages, était convertie en une substance pulpeuse et élastique, d'une couleur brune, sillonnée par des linéamens blancs; dans quelques endroits, elle avait l'épaisseur d'un demi-pouce; dans d'autres, davantage; dans les parties où la membrane se réfléchit sur les os, près le

bord tombant des cartilages, elle était détruite par des points d'ulcération.

Les ligamens sémilunaires étaient dans l'état naturel, mais en grande partie cachés, ils étaient enveloppés par une substance, formée par la membrane synoviale affectée. Les surfaces cartilagineuses du fémur et de la rotule étaient devenues la proie de l'ulcération dans leur majeure partie; l'ulcération régnait surtout, sur la circonférence. Sur la portion interne de la tête du tibia, le cartilage n'était détruit qu'en très-petite partie. L'ulcération ne dépassait pas les bords. A la portion externe de la tête du tibia, le cartilage était absorbé dans sa plus grande étendue. Les os possédaient leur structure et leur dureté ordinaires. La cavité de l'articulation était un foyer de matière auquel les sinus conduisaient.

XVe. OBSERVATION.

Michael Purcel, âgé de 16 ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 10 Juillet 1811, pour une affection du genou droit.

Il rapporta que dans l'été de 1807, il avait reçu un coup sur les parties internes de l'articulation. Quelque temps après il se forma une tumeur qui se creva, et donna issue à quelque peu de fluide. Dans l'espace d'une semaine l'issue se guérit; et ne

ressentant qu'une roideur très-légère, il se trouva en état de reprendre ses occupations ordinaires. Il se porta bien jusqu'en Décembre 1810; à cette époque, il s'aperçut que son genou grossissait. Depuis ce temps l'engorgement augmenta, sans autre incommodité que la roideur de l'articulation, et qu'une légère souffrance qu'il éprouvait en marchant.

Au moment de son admission à l'hôpital, il y avait un énorme gonflement du genou; il se portait dans l'étendue de plus d'un pouce sur la partie antérieure de la cuisse, sous les muscles extenseurs. Le gonflement était plus manifeste en certains endroits que dans d'autres : il était mou et souple, et imprimait à la main une sensation vague, comme s'il contenait un fluide. La jambe était tenue dans une demi-flexion, et ne pouvait presque pas être ramenée sur la cuisse. Il n'y avait douleur que par le mouvement ou la pression.

Le 28 Novembre, un abcès s'ouvrit à la partie extérieure de l'articulation, et laissa échapper une petite quantité de pus. Après celui-là, d'autres se formèrent, et s'ouvrirent à divers temps. Le gonflement continua à augmenter. L'amputation fut faite le 6 Avril.

En disséquant l'articulation, tous les ligamens furent trouvés sains. La membrane synoviale avait précisément la même apparence que dans le der-

nier cas. Dans quelques portions elle avait l'épaisseur d'un demi-pouce; dans d'autres l'épaisseur était plus considérable. Les cartilages étaient en grande partie détruits par l'ulcération, et laissaient à nu des surfaces d'os cariés (*a*). Les abcès paraissaient s'être formés dans la substance de la membrane synoviale; ils ne communiquaient pas avec la cavité articulaire; l'articulation ne contenait point de pus.

XVI[e]. OBSERVATION.

Un garçon de six ans entra à l'hôpital St.-Georges, en Mars 1808, pour une maladie du genou.

L'articulation était plus grosse qu'à l'ordinaire. La jambe était tenue en angle droit à la cuisse, et n'admettait aucun mouvement. La peau offrait supérieurement une grande ulcération. Des remèdes de toutes sortes ayant été administrés infructueusement, on fit l'amputation du membre le 29 Avril.

(*a*) En faisant usage du terme *carie*, dans cette occasion et dans d'autres, je l'ai regardé comme synonyme d'ulcération; ou du moins, comme exprimant cet état des os qui correspond à l'ulcération des parties molles. Si dans la nomenclature pathologique, il y a de la confusion quant à ce terme, c'est qu'il y est employé quelquefois pour exprimer non-seulement l'os ulcéré, mais celui dont la surface a été dénudée par suite d'autres causes.

A l'examen de l'articulation, on reconnut dans la membrane synoviale une altération morbide de sa structure, semblable à celle du cas précité; mais avec cette différence, que la substance pulpeuse en laquelle elle était convertie remplissait presque la cavité de la jointure, et adhérait aux surfaces cartilagineuses. En faisant une incision longitudinale de l'articulation, le cartilage qui couvre l'os, mis à nu, présenta comme une pellicule blanche, d'un dixième de pouce environ d'épaisseur, d'un côté, liée à l'os, et de l'autre, formant adhérence à la substance pulpeuse. Il était donc plus mince qu'il ne l'est naturellement; mais d'ailleurs entier, excepté à la partie postérieure d'un des condyles du fémur, où il se trouvait détruit par une ulcération peu étendue. On ne put point distinguer les restes des ligamens externes, mais seulement quelques légers vestiges des ligamens cruciaux et des cartilages sémilunaires.

XVIIe. OBSERVATION.

John Dillemore, âgé de 13 ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges, dans l'été de 1812, pour une maladie du genou. A cette époque, l'articulation était légèrement grosse et roide, et n'admettait que peu de mouvement. Elle était exempte de toute douleur. Le gonflement était élastique, sans perception de fluctuation. Ces symptômes s'étaient

montrés peu à peu, deux ans environ avant son admission. A cette époque, il demeura dans l'hôpital plus de deux mois, et l'on employa, sans le moindre succès, une foule de remèdes qu'il est inutile d'énumérer.

Le 26 Janvier 1814, il fut admis de nouveau à l'hôpital. Le genou malade avait environ deux pouces et demi de circonférence plus que l'autre. Le gonflement était rénitent; il s'étendait sur la partie antérieure et inférieure de la cuisse, comme dans le cas de l'inflammation de la membrane synoviale; mais sa forme était moins régulière, parce qu'il était plus proéminent et qu'il s'étendait plus haut au dehors qu'au dedans. La jambe était tenue dans une demi-flexion et ne pouvait aucunement être ramenée sur la cuisse. Le malade eut de fréquents redoublemens de douleur; il dit que le gonflement avait graduellement augmenté depuis sa sortie de l'hôpital, en 1812; mais qu'il n'avait jamais été sujet à de grandes douleurs, que depuis environ six semaines avant sa rentrée. Le 31 Janvier, on l'amputa.

En examinant le membre amputé, on trouva la membrane synoviale convertie en une substance pulpeuse d'une couleur légèrement brune, avec des points rouges provenant des vaisseaux qui s'y ramifiaient, injectés de leur propre sang et séparés par des linéamens membraneux, en grand nombre.

Sur la partie externe du genou, la membrane affectée était, en quelques endroits, de près d'un pouce d'épaisseur. La membrane qui couvrait les cartilages était, en quelques points, dans un état naturel; ailleurs, elle avait éprouvé le même changement morbide de structure que dans les cas précédens. Les cartilages étaient ulcérés partiellement. On trouva environ une once de pus dans la cavité articulaire, ainsi que deux ou trois abcès dans la substance de la membrane synoviale qui ne communiquaient pas avec elle, mais qui contenaient à-peu-près la même quantité de matière purulente.

XVIIIe. OBSERVATION.

William Hine, âgé de 23 ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 12 Décembre 1814, pour une affection dans l'un des genoux. Il dit que dans l'été de 1812, il s'aperçut, avant tout, d'un peu de gonflement et de roideur dans l'articulation, sans douleur. D'abord, le gonflement était limité à la partie inférieure, mais graduellement il s'étendit à toute la circonférence de l'articulation. L'engourdissement et le gonflement augmentèrent avec lenteur et uniformité; et vers la fin de l'année 1813, il commença à éprouver des souffrances atroces.

A l'époque de son admission, le genou était extrêmement gonflé; le gonflement était irrégulier

et très-proéminent à la partie interne ; il était mou et élastique, sans fluctuation. Le malade se plaignait d'une douleur constante, profonde, déchirante, qui troublait son sommeil. Il eut un commencement de fièvre hectique. On l'amputa, le 16 Décembre.

A l'examen du membre, on trouva la membrane synoviale dans un état d'altération morbide semblable à celle du dernier cas. Les cartilages étaient légèrement et partiellement ulcérés.

XIXe. OBSERVATION.

James Gould, de l'âge de 65 ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges, en Mai 1814. Un des genoux gonflé et roide permettait à peine un léger mouvement ; le gonflement était élastique, et la douleur de l'articulation, aiguë. Près du ligament de la rotule, il y avait l'orifice d'un sinus qui était en communication avec la cavité articulaire, et rendait une très-petite quantité de pus. L'histoire des premiers périodes de la maladie ne fut pas bien connue ; mais il paraît qu'il avait été sujet à des attaques réitérées de l'inflammation de la membrane synoviale.

On fit l'amputation du membre, le 23 Mai.

L'articulation soumise à l'examen, on trouva dans un état sain les ligamens, les os, les cartilages, et la portion de la membrane synoviale qui se

réfléchit sur les cartilages; mais la membrane synoviale des autres parties présentait la même altération pathologique de structure que dans les cas précédens.

Ces observations fournissent des exemples de la même maladie, dans différens périodes de sa marche. Le travail qui constitue la maladie naît évidemment dans la membrane synoviale qui perd son organisation naturelle, en se convertissant en une substance pulpeuse épaisse, d'un brun léger et quelquefois d'un brun rougeâtre, sillonnée par des linéamens blancs membraneux. A mesure que la maladie fait des progrès, elle envahit toutes les parties qui composent l'articulation, en produisant l'ulcération des cartilages, la carie des os, le dépérissement des ligamens et des abcès dans toutes ces différentes parties.

J'ai déjà remarqué que cette maladie est particulière aux membranes synoviales, que du moins je ne l'ai jamais rencontrée dans nulle autre partie du corps; mais elle doit être rangée dans le même ordre que les tubercules des poumons, les squirres du foie, le sarcôme médullaire ou fungus hœmatodes des testicules, et plusieurs autres maladies dans lesquelles il y a destruction du tissu naturel de l'organe affecté, et transmutation de ce même organe en une structure

nouvelle et différente. Elles ont presque la même analogie dans leur marche. Ainsi, les tubercules des poumons occupent d'abord la substance vésiculaire et interlobulaire; mais par la suite, ils s'enflamment et s'ulcèrent; il s'y forme des abcès, et alors il s'en suit l'affection de la plèvre, des bronches, et des autres parties voisines. De semblables circonstances caractérisent la marche des autres maladies de la même espèce.

Les observations que je viens de rapporter ne sont pas les seules où j'aie eu occasion de signaler les mêmes apparences morbides. Il s'en est présenté à mon observation bien d'autres dans lesquelles la similitude de l'histoire et des symptômes, la ressemblance dans la forme et dans l'élasticité de la tumeur, indiquaient une maladie de la même nature, bien que je n'aie point été à portée de vérifier le fait par l'autopsie. Dans tous les cas où il a été en mon pouvoir d'observer sa marche, la maladie était lente et quelquefois restait stationnaire dans un état d'indolence, durant un long espace de temps; mais elle finissait toujours par la destruction de l'articulation.

Il est une circonstance bien remarquable : c'est que cette affection de la membrane synoviale se rencontre rarement, si ce n'est dans le genou. Je n'en ai jamais vu d'exemple dans la hanche et dans l'épaule. Il est probable que l'influence du froid

externe agit comme une des causes génératrices de la maladie; et c'est ce qui explique pourquoi on la rencontre fréquemment dans le genou, et rarement dans les articulations profondément situées (*a*).

Il est évident que d'après l'histoire des faits dans lesquels une partie de l'économie vivante a subi un changement nouveau et pathologique, cette altération n'a lieu que par degrés insensibles. Ce serait ajouter beaucoup à l'intérêt et à l'utilité des recherches en anatomie pathologique, si l'on voulait se soumettre à constater quel est le premier changement survenu dans l'organisation de la partie affectée, et partir de là pour tracer les progrès sensibles des autres changemens qui peuvent avoir lieu jusqu'à ce que la destruction de l'organisation naturelle soit complète. Que le cas suivant soit

---

(*a*) L'histoire du *Fungus articuli*, qu'ont donnée quelques auteurs allemands, paraît avoir été extraite, en partie des observations de la maladie décrite dans ce chapitre, en partie des observations de l'inflammation de la membrane synoviale. M. Hussel semble avoir tiré son histoire pathologique de la tumeur blanche, en grande partie des cas semblables à ceux qui ont été rapportés; mais nous devons observer que le terme de tumeur blanche a été appliqué, presque indistinctement, à toutes les affections auxquelles les articulations sont sujettes, et n'est nullement limité à celle dont nous parlons actuellement.

considéré comme de la même espèce que ceux qui sont déjà rapportés mais dans un période plus avancé de la maladie, c'est ce qu'on ne peut déterminer pour le moment, mais il ne paraît pas impossible qu'il puisse l'être. Je vais le rapporter ici, dans l'espoir qu'il pourra, en quelque sorte, être utile aux investigations des observateurs à venir.

XXe. OBSERVATION.

Synovialite commençante.

— Belton, garçon, de l'âge de 11 ans, entra à l'hôpital St.-Georges, en Août 1810, pour une maladie du genou.

Il n'y avait que peu de douleur dans l'articulation qui avait légèrement augmenté de volume; elle permettait quelque peu de mouvement, mais non pas entièrement celui de flexion et d'extension. Ses parens dirent que la maladie avait commencé, environ un an et demi avant son admission à l'hôpital; qu'elle avait fait très-lentement des progrès, et que l'enfant n'en avait jamais beaucoup souffert. On employa infructueusement quantité de remèdes; et peu de temps après, des personnes qui s'intéressaient à lui le retirèrent de l'hôpital. Quelques semaines s'écoulèrent, et il mourut à la suite d'une accumulation d'eau dans les ventricules du cerveau.

J'obtins la permission d'examiner le cadavre. La membrane synoviale du genou affecté était,

à sa partie externe, d'une apparence naturelle; sur sa partie interne, elle était tapissée d'une substance gélatineuse légèrement colorée, qui y adhérait si fortement, qu'on ne pouvait l'en séparer que par le scalpel. La membrane synoviale était incrustée de la sorte, partout, excepté sur les surfaces cartilagineuses. La substance gélatineuse paraissait en général d'environ un huitième de pouce d'épaisseur; mais en quelques endroits, près des bords des cartilages, elle était si épaisse qu'elle pénétrait très avant dans la cavité articulaire. En quelques parties, vers le tombant des surfaces articulaires, le cartilage avait commencé à s'ulcérer; il était, en quelques points, entièrement absorbé et laissait l'os à découvert; mais, dans sa plus grande partie, il y avait seulement une ulcération irrégulière de la surface, vers la cavité de l'articulation; la portion restante de cartilage était entière et conservait son adhésion naturelle à l'os.

La membrane synoviale elle-même n'offrait aucune trace d'inflammation. On observait, sur la substance qui la tapissait, quelques vaisseaux qui se distribuaient en ramifications et étaient merveilleusement injectés de sang; mais ils étaient en petit nombre, et seulement en certains points. Cette substance différait, en apparence, de la lymphe coagulable qui se trouve sur la surface d'une

membrane enflammée ; ce qui peut nous faire présumer que son effusion était le résultat, non de l'inflammation, mais de quelque autre action morbide (1).

SECTION II.

Symptômes de la maladie.

Cette maladie se développe en général dans les individus qui n'ont pas dépassé de beaucoup l'âge de puberté. Je ne me rappelle qu'un seul cas qui se soit présenté après le milieu du cours ordinaire de la vie. En général, on ne peut lui assigner de cause évidente, mais elle survient souvent à la suite de plusieurs inflammations réitérées. Sous ce rapport, elle ressemble aux autres maladies de cet ordre. L'inflammation des poumons peut laisser le germe des tubercules, et l'inflammation du sein peut donner naissance à une tumeur squirrheuse. Lorsque j'ai eu occasion d'examiner les apparences de la maladie après l'amputation, j'ai toujours trouvé toute la membrane synoviale, ou presque toute, atteinte de la maladie ; mais il est

---

(1) Si M. Brodie eût fait connaître le tempérament et l'état des fonctions physiologiques du jeune Belton, la solution de l'espèce de problème pathologique qu'il propose offrirait moins de difficulté.

probable que si l'inspection était faite plus tôt, nous trouverions souvent que les altérations morbides partent d'un seul point. Du moins, cette conformité se rencontre dans d'autres maladies dont la nature est analogue : par exemple, je trouvai chez une fille attaquée de cette maladie et qui succomba à la suite d'une fièvre, une moitié de la membrane synoviale altérée, et l'autre moitié était dans son état naturel.

Dans la naissance de cette maladie, il n'y a que peu de roideur et de tuméfaction, et point de douleur, seulement un léger malaise. Ces symptômes augmentent graduellement. Dans le plus grand nombre des cas, l'articulation finit par ne plus admettre qu'un mouvement très borné, et dans le plus petit nombre, elle conserve toujours un certain degré de mobilité. La forme de l'engorgement présente la même ressemblance que dans les cas d'inflammation de la membrane synoviale, mais il est moins régulier. Le gonflement est mou et élastique, et donne à la main la sensation de la fluctuation. Si l'on n'emploie qu'une seule main pour l'exploration, l'erreur peut être complète, et le chirurgien le plus expérimenté prononcera qu'il y a collection de fluide, lorsqu'il n'y a rien : mais si l'on applique les deux mains, une de chaque côté, l'absence de fluctuation fait voir qu'il n'y a pas de fluide.

Le malade n'éprouve que peu ou point de douleur avant la formation des abcès et l'ulcération des cartilages, et même alors la douleur est dans quelques cas si peu intense, que l'ulcération des cartilages paraît être une maladie primitive : les abcès guérissent plus rapidement, et rendent une plus petite quantité de pus que dans les cas précédens. A ce période, le malade tombe dans la fièvre hectique; il perd ses chairs, et s'éteint peu à peu, à moins que le membre ne soit emporté par l'opération.

La marche de cette maladie varie dans différens cas; en général il s'écoule un ou deux ans avant qu'elle parvienne à son plus haut degré d'intensité; quelquefois même ce période est beaucoup plus long; et par fois elle devient si indolente qu'il se passe des mois entiers sans qu'on puisse se douter de la moindre altération. De la même manière, les tubercules du poumon, ou les squirres du sein, restent, dans quelques cas, plusieurs mois et un ou deux ans, dans un état d'inaction.

Le diagnostique de cette maladie est rarement difficile. La marche graduelle de la tuméfaction, et de la roideur de l'articulation, sans douleur; la mollesse et l'élasticité du gonflement, sans fluctuation, dans la majorité des cas, nous met à même de la distinguer facilement de toutes les autres affections maladives qui attaquent les articulations.

Les cas sur lesquels on peut plus aisément se méprendre, quant à cette maladie, sont ceux de l'inflammation chronique de la membrane synoviale.

1°. Lorsque la membrane synoviale a subi une altération pathologique, il peut arriver qu'il y ait lieu en même temps à une sécrétion vicieuse de fluide de la surface interne; alors l'articulation augmente en volume, non par la synovie, mais par une sérosité trouble dans laquelle nagent des flocons de lymphe coagulable, qui sont cause que la tumeur présente presque les mêmes caractères externes, que lorsque la membrane synoviale est enflammée. Mais ici le gonflement ne cédera point au traitement par lequel il serait promptement guéri, s'il dépendait d'une simple inflammation. Si l'on est attentif à cette circonstance, et qu'on puisse s'assurer de l'exactitude de tout ce qui a précédé la maladie, on peut espérer reconnaître sa nature réelle.

2°. Lorsque la membrane synoviale, après que l'inflammation est dissipée, conserve une sorte d'épaississement, et que la lymphe coagulable s'est répandue dans la cavité articulaire, la tumeur, quelquefois, ressemble tellement à celle qui se présente dans certains cas de cette maladie, qu'il ne sera pas toujours aisé d'en donner une idée exacte, simplement d'après l'apparence et l'état

actuel de l'articulation. Le chirurgien doit en grande partie établir son jugement sur les détails qu'on lui a fournis de l'origine et des premiers symptômes de l'affection, ou (s'il ne peut en garantir l'exactitude), il l'établira sur l'observation de ses progrès ultérieurs.

SECTION III.

Traitement.

Lorsqu'une partie est gonflée et roide par suite de l'inflammation, le gonflement et la roideur peuvent souvent se dissiper; mais je ne connais pas d'exemples où un organe qui aurait perdu complétement sa structure naturelle, ait recouvré sa structure première. Les médecins et les chirurgiens, depuis plusieurs siècles, s'étudient à découvrir un traitement contre les tubercules des poumons, et contre le cancer du sein : le résultat de leurs labeurs n'a fait que prouver l'incurabilité de ces maladies. Ainsi l'analogie ne nous permet pas de compter sur la découverte d'un remède pour combattre cette affection de la membrane synoviale, et l'expérience nous démontre qu'elle est incurable, ainsi que les autres maladies de la même espèce. Il devient inutile d'entretenir mes lecteurs des détails de la diversité des remèdes que j'ai essayé, ou que j'ai vu em-

ployer dans cette maladie; puisque le résultat général de toutes ces expériences nous ramène à la conclusion déjà énoncée. Au moyen du repos et des lotions froides, on peut arrêter quelque peu la marche de l'affection, comme on s'oppose momentanément à la suppuration des poumons tuberculeux par quelques saignées et un climat plus doux. Si, par suite de l'ulcération commençante des cartilages, il y a une douleur considérable, on y apportera quelque soulagement par l'usage des fomentations chaudes et des cataplasmes. Mais aucune méthode qui soit à ma connaissance ne peut qu'enrayer passagèrement la marche, et attiédir les symptômes de l'affection. Dans tous les cas dont j'ai eu occasion de voir la terminaison, l'ulcération des cartilages, la formation des abcès dans la cavité articulaire, et le désordre consécutif de la santé du malade, ont toujours fini par rendre l'amputation du membre nécessaire, afin de prévenir la mort du malade. A ce période, le chirurgien, étant appelé, doit recommander et presser l'opération; mais à une stade beaucoup moins avancée, il est de son devoir d'offrir au malade le choix, ou de vivre avec l'incommodité d'un membre inutile jusqu'à ce que les progrès du mal rendent l'amputation indispensable, ou de se soumettre à le perdre avant qu'on soit forcé de pratiquer l'opération.

CHAPITRE IV.

De l'ulcération des cartilages des articulations.

SECTION Ire.

Observations pathologiques.

Les cartilages des articulations diffèrent, par quelques circonstances essentielles, de ceux dont sont pourvus les autres organes. Ceux-ci sont plus vasculaires, plus sujets à l'inflammation, qui ordinairement se termine en y déposant une matière osseuse. Les cartilages articulaires de l'adulte ne présentent point de vaisseaux capables d'y charrier le sang rouge. On y rencontre rarement l'inflammation, et lorsqu'elle a lieu, elle se termine par l'ulcération et non par la formation d'une substance osseuse. L'ulcération du cartilage peut être la conséquence de l'inflammation du cartilage lui-même, ou de la surface osseuse avec laquelle il est en contact; mais il y a des cas dans lesquels on ne voit aucun signe qui prouve que l'action inflammatoire la précède, soit dans l'une,

soit dans l'autre partie; et l'inflammation qui a lieu par la suite paraît plutôt être la conséquence que la cause de l'ulcération. L'ulcération des parties molles est ordinairement, et autant que je sache, toujours accompagnée d'une sécrétion puriforme; mais il en est autrement dans les cartilages articulaires où la suppuration a rarement lieu, où l'ulcère est petit, et dans lesquels souvent la maladie vient de si loin qu'elle occasionne la carie des os dans une grande étendue, sans qu'il y ait dans l'articulation formation de matière. Cette circonstance est notable; il a été longuement démontré que la supuration peut survenir sans ulcération, et il paraît que dans ce cas l'ulcération peut avoir lieu sans formation de pus.

Dans les faits rapportés, l'ulcération des cartilages des articulations malades était une affection secondaire, suite d'une action morbide née dans les parties molles circonvoisines. Il y a d'autres cas, et ils ne sont pas rares, où l'ulcération des cartilages articulaires existe comme maladie primitive (1).

---

(1) Il me serait encore plus difficile de concevoir ici l'ulcération sans un travail inflammatoire préalable; j'aime mieux croire qu'il faut que les surfaces articulaires parviennent jusqu'à l'ulcération pour donner des indices de maladie; mais l'inflammation aura été

Lorsque l'ulcération du cartilage survient dans les articulations superficielles, elle constitue une maladie connue sous le nom de tumeur blanche. D'après les cas qui se sont présentés à mon observation, je crois pouvoir dire que lorsqu'on la rencontre dans la hanche, c'est cette maladie diversement appelée par les auteurs : *morbus coxarius*, *maladie de la hanche*, *hanche scrophuleuse*. *carie scrophuleuse de la hanche*. Du moins, c'est à cette maladie que l'on a principalement appliqué ces dénominations, bien qu'il soit arrivé, et c'est probable, que l'on ait confondu avec elle d'autres maladies.

XXIe. OBSERVATION.

A l'examen d'un cadavre qui avait été apporté dans la salle de dissection de Windmill-street, je trouvai dans un état pathologique le cartilage articulaire des deux hanches, d'un des genoux, et des deux coudes. En quelques endroits, les cartilages de ces articulations étaient entièrement

---

sourde et lente, insensible comme le sont les cartilages dans l'état de santé : l'inflammation développe la sensibilité ; et, dans ce cas, la douleur est le symptôme de l'ulcération ; mais alors la maladie a commencé par l'inflammation. L'ulcération ne peut être qu'un degré de l'inflammation.

détruits par l'ulcération, et la carie mettait à découvert des surfaces osseuses; en d'autres, le cartilage n'était pas tout-à-fait absorbé et laissait voir des fibres apparentes qui allaient s'attacher par un bout à l'os, tandis que l'autre bout était flottant dans la cavité de la jointure. Je trouvai aussi les cartilages inter-vertébraux qui unissent les corps de quelques vertèbres dorsales, dans un état pathologique. Ils avaient l'apparence ordinaire vers la circonférence; mais dans le centre, au lieu d'une substance blanche, demi fluide, qu'on y rencontre le plus souvent, on les trouva d'une couleur brune et d'une contexture solide et cassante, composés de plusieurs parties adhérentes légèrement les unes aux autres. Les ligamens, les membranes synoviales et les os étaient dans un état tout-à-fait naturel, à l'exception de ces derniers qui parurent un peu cariés par suite de l'absorption du cartilage; mais la carie n'avait produit aucune matière qui en fût le résultat.

Dans ce cas, la maladie primitive paraît avoir été un état maladif, donnant lieu à l'ulcération des cartilages. Il montre que lorsqu'il y a une disposition, la destruction du cartilage peut survenir dans toutes les jointures à la fois; j'ai fait la même observation dans plusieurs autres circonstances.

Je suis disposé à croire que la conversion du cartilage en une structure molle et fibreuse est

fréquente, bien qu'elle ne précède pas constamment l'ulcération. Dans une femme qui mourut une semaine après une forte contusion de la hanche, le cartilage de la tête du fémur fut en partie absorbé; en partie, converti en apparence fibreuse semblable à ce qui en a été dit; et j'ai noté la même circonstance dans d'autres cas, quelquefois dépendante, quelquefois indépendante de toute injure locale.

XXIIe. OBSERVATION.

Un garçon de dix ans fut admis à l'hôpital St.-Georges, en Avril 1809, pour une maladie du genou gauche. La fesse avait diminué et s'était amincie; il n'y avait de douleur ni dans la hanche ni dans le genou; un large abcès s'était formé et produisait une tumeur sur le côté externe de la cuisse. On pratiqua, à l'aide du caustique, une ouverture derrière le grand trochanter. Un mois environ après son admission, l'abcès s'étant enflammé, j'ouvris supérieurement la peau avec la lancette, et il en sortit une demi-pinte de pus. L'ouverture faite par l'instrument se ferma par première intention; mais peu de jours après, le pus se rassembla dans l'abcès, et la tumeur devint plus grosse et plus tendue que jamais. Le membre perdit de son volume, l'abcès se creva extérieure-

ment, le malade tomba dans le marasme, et mourut le 21 Octobre.

A l'examen du corps, on trouva que l'abcès communiquait avec la cavité de la hanche gauche. On ne put distinguer le ligament capsulaire et la membrane synoviale des autres parties molles, formant les parois de l'abcès. Il n'y avait nul vestige du ligament rond, nuls restes du cartilage et des os qui composent l'articulation. La tête du fémur était quasi détruite par la carie, dans presque toute sa moitié; la même cause avait donné de la profondeur et de l'ampleur à la cavité cotyloïde. A la partie postérieure, le rebord de cette cavité se trouvait absorbé bien davantage; la tête du fémur avait été forcée de quitter sa place naturelle, et de s'appuyer derrière l'iléon.

Il n'y eut pas raison de croire à l'existence de toute autre maladie, pendant la vie de l'individu. Si ce garçon eut à se plaindre de douleur dans la hanche droite, on oublia de mentionner cette circonstance, à cause de l'intensité de la maladie du côté opposé. Ayant ouvert par hasard l'articulation de la cuisse droite, je trouvai le cartilage enveloppant la tête du fémur absorbé dans un tiers environ de son étendue, et la surface de l'os, qui conséquemment était à découvert, était tapissée d'une légère tunique de lymphe coagulable. Le cartilage recouvrant la cavité cotyloïde, et toutes

les autres parties molles appartenant à la jointure, étaient dans un état très-naturel, et les os avaient conservé leur texture et leur dureté ordinaires.

XXIIIe. OBSERVATION.

Une fille de sept ans fut admise à l'hôpital St.-Georges, en Mai 1809, pour une douleur dans la hanche gauche. Elle souffrait du genou; le membre était plus court qu'à l'ordinaire, et la fesse était diminuée et aplatie. On pratiqua une issue derrière le grand trochanter, à l'aide du caustique. Bientôt après son entrée, un abcès se creva vers la crête de l'iléon. La maladie de la hanche en parut beaucoup diminuée; mais au commencement d'Août, cette fille mourut d'un érysipèle accidentel.

A l'examen du corps, les muscles fessiers du côté gauche étaient diminués, et d'une couleur foncée. Il s'étendait un sinus de l'orifice externe de l'abcès, à travers les parties molles, qui communiquait avec l'articulation iléo-fémorale, par une ouverture ulcérée du bord de la cavité cotyloïde.

Il ne restait aucun vestige de cartilage dans la surface de cette cavité. L'os mis à nu était dans un état de carie et avait une couleur foncée. La cavité cotyloïde offrait plus de profondeur et de largeur qu'à l'ordinaire. La plus grande partie du cartilage de la tête du fémur était détruite, et l-

petite portion qui en restait fut facilement détachée de l'os. Cette circonstance se rencontre souvent lorsque le cartilage est rongé par l'ulcération.

Le ligament capsulaire était tant soit peu plus épais que de coutume, et plus adhérent aux parties environnantes : il ne restait rien du ligament rond.

Dans la partie antérieure de l'articulation, se trouvait une certaine quantité de substance molle organisée; elle était interposée entre la tête du fémur et la cavité qui la reçoit, et sur le derrière était une collection de pus d'une couleur foncée. C'est par là que la tête du fémur se trouvait séparée de l'os innominé, et chassée au-dehors ; par la suite, elle avait été amenée en haut par l'action des muscles, de telle sorte qu'elle était reçue dans la partie supérieure du rebord osseux de la cavité cotyloïde. La membrane synoviale était d'une couleur foncée, mais elle n'était nullement malade.

En examinant la hanche du côté opposé, je ne trouvai nulle apparence de maladie dans les parties molles externes, ni dans le ligament capsulaire, ni dans la substance graisseuse de la jointure. La cavité de l'articulation contenait environ un drachme de pus d'une couleur foncée. Le cartilage était absorbé dans un tiers à peu près de sa surface. L'os mis à nu présentait, dans sa plus grande partie, une surface uniformément compacte; mais en deux endroits, il était attaqué superficiellement

par la carie. Dans quelques points de la tête du fémur, le cartilage avait une apparence fibreuse semblable à ce qui a déjà été décrite; sur d'autres, il était entièrement absorbé et découvrait dans l'os une surface cariée; ailleurs, elle était dans son état naturel. Le ligament rond était rompu par la plus légère force, ce qui paraissait tenir à ce que le cartilage avait été détruit vers son insertion dans la cavité iléo-fémorale.

Les os, dans le voisinage des surfaces cariées de la hanche gauche, étaient plus foncés qu'à l'ordinaire; mais une telle apparence ne s'observait pas dans les os de l'autre hanche, qui se trouvaient, à tous égards, dans un état naturel.

XXIVe. OBSERVATION.

John Catnack, âgé de quarante-quatre ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 29 Septembre 1813 : il ressentait des douleurs dans le membre inférieur du côté droit; elles s'étendaient de la hanche au genou, et ressemblaient à des douleurs rhumatismales. Il attribuait ces douleurs au froid auquel il s'était exposé, un mois environ avant son admission. Il était aussi affecté de douleurs d'entrailles dont il mourut, le 4 Décembre. A l'ouverture, on ne découvrit rien d'extraordinaire, si ce n'est dans la hanche droite. Le ligamentcapsulaire et la membrane synoviale étaient dans leur

état naturel ; les cartilages enveloppant la tête du fémur et tapissant la cavité cotyloïde étaient détruits par l'ulcération dans presque la moitié de leur étendue ; et partout où le cartilage était anéanti, une surface ulcérée mettait l'os à découvert. Le ligament rond se déchirait facilement en conséquence de l'ulcération qui l'avait envahi vers la partie où il fait son insertion à la cavité cotyloïde. Les os avaient leur texture et leur dureté naturelles. L'articulation ne renfermait point de pus. On observa que la surface ulcérée de la cavité correspondait à celle du fémur, car ces surfaces étaient restées dans un contact fixe, le malade ayant toujours gardé la même position.

XXVe. OBSERVATION.

William Bridges, de l'âge de vingt-un ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 28 Novembre 1810. Il donna sur sa maladie les détails suivans : Vers le milieu du mois de Mai précédent, il commença par éprouver de la douleur dans le genou droit, qui augmentait par la marche. Au bout d'un mois, la douleur devint si intense, qu'il fut obligé de garder le lit. Il ressentit une légère souffrance dans la hanche ; mais celle du genou était si atroce, qu'il ne put se livrer au sommeil de la nuit. Il se forma un abcès qui s'ouvrit en Septembre suivant, dans la partie interne de la cuisse.

A l'époque de son admission, la fesse était appauvrie et mince; le membre du côté affecté semblait être plus long que l'autre d'un pouce et demi; il y avait un large abcès dans la partie postérieure de la cuisse. Il tomba alors dans l'émaciation et dans la fièvre hectique. On pratiqua une issue avec le caustique, derrière le grand trochanter, et dans la suite une seconde issue fut faite de la même manière, sur le bord antérieur du fascia lata. Ce traitement amena pour quelque temps un grand soulagement, non obstant plusieurs abcès qui se formèrent et s'ouvrirent dans les différentes régions de la cuisse. La douleur disparut; le malade reprit de l'embonpoint; la fièvre hectique tomba; et la matière purulente donnée par les abcès diminua beaucoup. Le membre parut être alors plus court que l'autre. Son état continua à s'améliorer, jusqu'à la mi-Février 1811. A cette époque, les premiers symptômes alarmans se manifestèrent de nouveau. Il fut pris d'une diarrhée continuelle et de sueurs abondantes; il mourut, le 26 Mars suivant.

A l'inspection du cadavre, les muscles fessiers se trouvèrent diminués et dépéris; et dans plusieurs parties, leur structure était détruite par les abcès qui communiquaient avec la cavité de l'articulation par deux ouvertures ulcérées, l'une sur la partie antérieure, et l'autre sur la partie pos-

térieure. Les abcès formaient plusieurs sinus dans le voisinage de la jointure, et le ligament capsulaire, par suite, adhérait aux autres parties molles et se confondait, en quelque sorte, avec elles. L'articulation contenait une matière purulente. La membrane synoviale était plus foncée qu'à l'ordinaire, mais d'ailleurs elle offrait l'apparence accoutumée. Il ne restait pas vestige du ligament rond; les cartilages étaient entièrement absorbés, et les surfaces osseuses mises à nu étaient dans un état de carie; la tête du fémur était réduite aux deux tiers environ de sa grosseur ordinaire, et la cavité cotyloïde se trouvait plus profonde et plus étendue, presque dans la même proportion. Au centre de cette même cavité, il y avait une ouverture ulcérée, justement assez grande pour laisser pénétrer une sonde ordinaire, qui faisait connaître sa communication avec un abcès dans le bassin. Les surfaces cariées des os avaient la même couleur foncée et la même fétidité que dans les autres cas de carie; mais autrement, elles n'offraient rien de plus particulier que dans les os sains.

XXVIe. OBSERVATION.

Jemima Holloway, âgée de 23 ans environ, fut admise à l'hôpital St.-Georges, le 30 Mars 1814, pour une maladie de la hanche droite. Dans le voisinage de cette articulation, il y avait un large

abcès; la fesse était appauvrie et amincie. La malade prétendait qu'elle avait ce mal depuis plusieurs années. Le 6 Juin suivant, elle mourut.

L'examen cadavérique offrit les muscles fessiers décolorés et dans un état d'amincissement et de dépérissement. Il y avait un large abcès dans la fesse, qui communiquait avec la hanche, au moyen d'une ouverture dans la partie postérieure du ligament capsulaire et de la membrane synoviale. Au reste, la membrane synoviale et le ligament capsulaire étaient dans un état parfaitement naturel.

Les cartilages qui couvrent la tête du fémur et qui tapissent le fond de la cavité cotyloïde étaient détruits par l'ulcération. L'ulcération s'était tellement étendue aux os, que la tête du fémur était moitié moins grosse, et la cavité avait le double de sa grandeur ordinaire. Les os possédaient leur texture et leur dureté naturelles. Il y avait une ouverture ulcérée qui allait du fond de la cavité cotyloïde dans la partie interne du bassin.

Je pourrais ajouter plusieurs autres cas aux précédens, dans lesquels l'examen cadavérique démontre que la hanche peut être atteinte de la même maladie; mais ce serait occuper inutilement l'attention du lecteur, que d'entrer dans de plus grands détails; il doit suffire d'observer que : 1°. Dans

les périodes les plus avancés de la maladie, aucune des parties qui concourent à la composition de l'articulation ne conserve sa structure naturelle. Les parties molles, réduites en une même masse, ne présentent que confusion. Quelquefois la tête du fémur est complètement détruite, et il ne reste de cet os que le cou, ou même qu'une portion. Souvent le bord projeté de la cavité cotyloïde est entièrement absorbé, au point qu'au lieu d'une cavité, il y a une large surface cariée des os innominés. On trouve peu de cas dans lesquels on ait vu l'os carié passer à l'état de nécrose et d'exfoliation, ou s'être déjà exfolié dans la cavité de l'articulation.

2°. A quelque époque de la maladie que l'examen soit fait, les cartilages présentent un état d'ulcération, mais les affections morbides des parties molles et des os varient beaucoup, et ils ne s'éloignent très-sensiblement de leur état naturel, que dans le stade le plus avancé de la maladie.

De ces circonstances et des apparences de plusieurs des cas précités où la maladie se trouvait dans ses premiers momens et entièrement limitée aux surfaces cartilagineuses, nous pouvons, je crois, conclure que dans les cas ordinaires de la carie de la hanche, le cartilage est la partie primitivement affectée, et que ce qui s'en suit doit être regardé comme la marche de la maladie. 1°. L'ul-

cération a lieu dans le cartilage : généralement dans celui de la cavité cotyloïde, d'abord, et dans celui de la tête du fémur, ensuite ; quelquefois elle commence dans les deux à-la-fois.

2°. L'ulcération s'étend aux os, qui se carient ; la tête du fémur diminue de volume, et la cavité qui la reçoit est plus profonde et plus large.

3°. L'abcès se forme dans l'articulation qui, après quelque temps, se pratique une issue par l'ulcération, à travers la membrane synoviale et le ligament capsulaire, dans la cuisse ou la fesse ; ou même, à travers le fond de la cavité cotyloïde, dans le bassin. M. Astley Cooper m'a montré deux échantillons dans chacun desquels l'abcès s'était ouvert dans le rectum.

4°. Par suite de l'abcès, la membrane synoviale et le ligament capsulaire s'enflamment et s'épaississent. Les muscles éprouvent de l'altération dans leur tissu ; des sinus se forment sur divers points ; et enfin toutes les parties molles se confondent dans une seule masse informe, ressemblant aux parois d'un abcès ordinaire.

Quoi qu'il en soit, on ne peut garantir que la hanche ne soit sujette à d'autres affections morbides ; et ordinairement, une maladie qui a son origine dans les os et les parties molles, peut finalement occasionner la destruction des surfaces cartilagineuses, dans cette articulation aussi bien

que dans d'autres; mais on n'en a pas encore conclu, dans la maladie ordinaire de l'articulation de la cuisse, (maladie qu'un habile chirurgien, dans un livre *ex professo* sur ce sujet, a dénommée « carie scrophuleuse de la hanche »), que, l'ulcération des cartilages est l'affection primitive, et que les autres parties dans ou près la jointure, sont affectées seulement d'une manière consécutive.

Comme, d'après la situation et les connexions spéciales de la hanche, les affections de cette partie s'accompagnent particulièrement de suites dangereuses, j'ai la confiance que l'on ne me saura pas mauvais gré d'avoir donné tous ces détails, puisque ainsi on prévient surtout la nécessité d'entrer minutieusement dans l'histoire de l'ulcération des cartilages des autres articulations, dans lesquelles la marche de la maladie, exception faite de la différence de structure et de situation, est la même que dans la hanche.

XXVIIe. OBSERVATION.

David Martin, âgé de 26 ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 25 Juin 1810, pour une maladie du genou droit. Il l'attribuait à un coup qu'il avait reçu, quelques années auparavant; mais il nous dit que les symptômes n'étaient parvenus entièrement à un haut degré d'intensité, que dans les derniers six mois. A l'époque de son admis-

sion dans l'hôpital, le genou paraissait gonflé; mais en l'examinant attentivement, on voyait que cela tenait à l'amaigrissement des muscles, plutôt qu'à la grosseur actuelle. La jambe était tenue presque demi-fléchie; les condyles du fémur se projetaient au-delà de la tête du tibia; il se plaignait d'une douleur qui se faisait sentir, surtout pendant la nuit. On pratiqua, à l'aide du caustique, une issue sur chaque côté de la rotule; mais les symptômes n'en éprouvèrent aucun amendement; et l'abcès s'ouvrant en dehors de l'articulation, laissa écouler une grande quantité de matière.

Bientôt après son admission, il éprouva, en premier lieu, une douleur intense dans l'autre genou; mais ce symptôme ne s'accompagnait ni de gonflement ni d'aucune altération particulière à l'articulation; la jambe admettait le mouvement complet de la flexion et de l'extension sur la cuisse. La douleur persista, mais le gonflement n'eut jamais lieu.

Au commencement de Septembre, il fut atteint d'un érysipèle accidentel: des abcès se formèrent dans différentes parties de la jambe et de la cuisse; il dépérit peu à peu, et mourut, le 7 Novembre.

A l'examen du cadavre, on trouva que la jambe droite formait un angle droit avec la cuisse. La tête du tibia se trouvait amenée vers le jarret,

par l'action des muscles extenseurs, de façon que les condyles du fémur faisaient une très-grande saillie. Les ligamens latéraux ne présentaient rien que de naturel; il ne restait pas de vestige des ligamens cruciaux et des cartilages sémilunaires. Les cartilages du tibia, du fémur et de la rotule étaient entièrement absorbés. La carie avait attaqué la surface des os qui, au reste, n'offraient aucune altération. La membrane synoviale était exempte de toute apparence morbide, si ce n'est dans ses points d'insertion avec les os, ou seulement en quelques endroits, la lymphe coagulable s'étant répandue sur la surface.

Le genou gauche conservait extérieurement son apparence naturelle, quant à la forme et à la grosseur. La jambe jouissait de la faculté entière de la flexion et de l'extension. L'inspection présenta les ligamens et la membrane synoviale dans un état parfaitement sain; mais environ un tiers des surfaces cartilagineuses du tibia et du fémur était détruit par l'ulcération; car l'ulcération avait principalement porté son action, mais non entièrement, près de la circonférence. Le cartilage de la rotule et les cartilages sémilunaires étaient entiers; mais ceux-ci étaient en quelques endroits plus mous qu'à l'ordinaire. Les os n'avaient rien de malade, et l'articulation ne contenait ni pus, ni tout autre liquide.

L'examen anatomique de ce cas, où l'ulcération des surfaces cartilagineuses était évidemment la maladie primitive, explique du moins assez bien la nature de plusieurs cas de cette espèce de tumeur blanche, que quelques auteurs ont décrite, et dans laquelle on observe une douleur longue et intense, sans engorgement préalable.

XXVIIIe. OBSERVATION.

William Bowles, de l'âge de dix-huit ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, le 1er. Décembre 1810. Il disait qu'environ onze mois avant son entrée, il avait ressenti de la douleur dans le genou droit, qui était si intense qu'elle l'empêchait souvent de dormir pendant la nuit. Six semaines après l'invasion de la douleur, l'articulation, pour la première fois, devint enflée. Il s'adressa alors à un praticien; le traitement que celui-ci prescrivit, et le repos le plus absolu dissipèrent la douleur et le gonflement, ce qui le mit en état de se promener. En Septembre suivant, ayant repris ses occupations ordinaires, et l'articulation ne pouvant résister à un exercice pénible, la douleur et le gonflement reparurent.

A l'époque de son admission, le genou affecté était en circonférence environ un pouce et demi plus gros que l'autre. Le gonflement avait la forme

des extrémités articulaires des os. La jambe était demi-fléchie, et le moindre effort pour la remuer causait beaucoup de souffrance. La douleur qu'il éprouvait était toujours très-vive, mais surtout pendant la nuit, au point de troubler son sommeil.

Bientôt après son admission, on s'aperçut, sur la partie externe du genou, d'un abcès qui s'ouvrit au commencement de Février, et donna issue à une grande quantité de matière. Le 18 Mars, on fit l'amputation du membre.

En examinant l'articulation, on trouva la plus grande partie des surfaces cartilagineuses du tibia, du fémur, et de la rotule, détruites par l'ulcération. L'os mis à nu par la destruction du cartilage, était carié, et en quelques endroits couvert d'une couche légère de lymphe coagulable. Il y avait à peine une trace des cartilages sémilunaires. L'articulation contenait du pus, et l'abcès qui lui servait de réservoir s'était ouvert dans les parties externes, à travers une ulcération de la membrane synoviale. Cette membrane était saine, à l'exception de quelques points que tapissait sur leur surface une couche légère de lymphe coagulable, qui, évidemment, venait de se répandre. L'abcès avait détruit le ligament latéral externe; les autres n'avaient pas reçu la moindre atteinte.

Dans ce cas, la maladie primitive observée par l'autopsie fut l'ulcération des cartilages. La mem-

brane synoviale n'avait d'autre affection que celle que l'on peut considérer comme provenant de la formation du pus dans l'articulation et l'explosion de l'abcès en dehors. Lorsque l'inflammation de cette membrane est l'affection primitive, le gonflement a souvent lieu en peu d'heures, et toujours deux ou trois jours après son invasion. Au lieu qu'ici, le malade répondait constamment à toutes les questions qu'on lui faisait, qu'il n'avait ressenti de douleur violente que six semaines avant que l'articulation fût visiblement tuméfiée. De toutes ces circonstances nous pouvons conclure, que, dans ce cas comme dans le précédent, les cartilages étaient le siége originel de la maladie, et que les apparences morbides, observées dans les parties molles, étaient la suite de la formation de l'abcès dans l'articulation.

On peut tirer la même conclusion des deux observations suivantes :

XXIXe. OBSERVATION.

Mary Anderson, âgée de vingt-huit ans, fut admise à l'hôpital St.-Georges, le 6 Avril 1815.

A cette époque elle se plaignait d'une douleur vive dans le genou droit, qui devenait si intense pendant la nuit, qu'elle l'empêchait de se livrer

au sommeil. Elle répondait principalement à la tête du tibia. La jointure, légèrement enflée, avait la forme des extrémités articulaires des os, et ne donnait pas à la main la plus petite sensation de fluctuation. La jambe pouvait se mouvoir sur la cuisse; mais tout mouvement aggravait la douleur.

Il fut impossible de se procurer des détails plus particuliers sur l'histoire préalable de cette malade, que les suivans. Elle avait souffert des douleurs dans le genou droit pendant près de six ans, dont elle avait été soulagée quelquefois; et la première invasion de la douleur n'avait pas été accompagnée de gonflement.

Aussitôt après son admission, on pratiqua avec le caustique une issue sur chaque côté de la rotule. Le 9 Avril la douleur était beaucoup diminuée; les ouvertures furent entretenues par des applications de caustique; et les souffrances abandonnèrent très-promptement la malade, qui voyait diminuer en même temps le gonflement.

Vers le 8 Juin, elle commença à se plaindre de nouvelles douleurs dans le genou; et, dans l'espace de quatre à cinq jours, elles devinrent si intenses qu'elles l'empêchaient de dormir pendant la nuit. Il survint des mouvemens convulsifs du membre, et l'articulation devint aussi enflée que dans le principe du mal. Les douleurs augmentèrent avec tant de violence, que sa santé décli-

nait considérablement. Le 3 Juillet, on amputa le membre.

En examinant le genou, on trouva de la lymphe et du sérum répandus dans le tissu cellulaire externe.

La cavité articulaire contenait environ une demi-once d'un fluide purulent clair. Le cartilage qui enveloppe la rotule était, en quelques endroits, dans un état sain ; en d'autres, son tissu fibreux était tel que je l'ai décrit dans la première partie de ce chapitre ; et en d'autres, il était si complètement détruit par l'ulcération, que l'os était à découvert. Le cartilage qui couvre l'extrémité articulaire du fémur présentait en tout la même variété. On voyait dans la partie interne une espèce de tache de quelque étendue, qui, au lieu de cartilage, était revêtue d'une substance organisée, ressemblant à la substance des adhésions, mais un peu plus épaisse dans sa structure ; comme si la lymphe coagulable, qui s'était répandue sur la surface ulcérée de l'os, où elle se serait organisée, avait remplacé le cartilage déjà détruit dans cette partie.

Les cartilages du tibia n'étaient ulcérés que dans une très-petite étendue.

La membrane synoviale était généralement dans un état naturel : en quelques endroits, légérement enflammée. Sur la partie externe de la

jointure, elle était plus enflammée que partout ailleurs; elle s'était épaissie, et avait commencé à s'ulcérer par suite évidente de l'abcès de la jointure, qui s'était déjà ouvert à la surface externe.

Les os possédaient leur texture et leur dureté naturelles.

XXXe. OBSERVATION.

Jane Bannister, âgée de quarante ans, fut admise à l'hôpital St.-Georges, en Septembre 1810, pour une maladie du pied droit. Elle donna les détails suivans de sa maladie :

Dans le mois de Septembre de l'année précédente, elle se donna une entorse (1) dans le cou-

---

(1) L'entorse est une des causes les plus fréquentes de la maladie dont il est question; et dans ce cas-ci elle a pu en être la seule cause. Mais qu'on ne pense pas que l'entorse en elle-même, soit aussi fréquente qu'on pourrait le croire; car les accidens qui proviennent de légères causes, comme de la marche, de la danse, de la course, etc., bien qu'ils en aient tous les phénomènes, ne produisent pas une véritable entorse, qui n'est que le résultat d'une action violente et brusque, capable de résister à la force locomotrice du pied. Ainsi le pied pris dans une ornière, une chûte d'un lieu élevé, sur la main ou sur le pied, etc., peuvent donner lieu à une véritable entorse, qui est toujours un mal local, tandis que l'autre n'est que le symptôme d'une

de-pied, et bientôt après elle éprouva dans cette partie une douleur si violente qu'elle ne pouvait ni se tenir debout, ni même dormir pendant la nuit. La douleur persista dans un état cruel d'intensité; et au bout de quatre mois, elle aperçut, pour la première fois, un léger gonflement sur la partie interne du pied, provenant d'un abcès qui avait été ouvert en Avril suivant, par la personne qui la soignait.

A l'époque de son admission dans l'hôpital, tout le pied était enflé, et se trouvait le siége d'une

---

faiblesse du grand nerf sciatique, produite par des causes éloignées, de quelque nature qu'elles soient. La preuve en est que le membre est ici toujours plus mince que l'autre, et quelquefois plus court; il est impossible que dans l'entorse vraie, il y ait amincissement et raccourcissement du membre, par la seule cause de l'accident. D'ailleurs le traitement en est une preuve aussi évidente; celle-ci cède aux moyens locaux ordinaires, celle-là y résiste. Mais si l'on fait usage d'un traitement dont l'action se déploie sur les organes frappés de faiblesse; si l'on fait avec un liniment volatil camphré des frictions sur l'épine du dos et sur la cuisse, la douleur et le gonflement cessent; le membre se fortifie et reprend sa grosseur naturelle, surtout si l'on y joint l'emploi des bains d'eaux de Barrèges et de vapeurs de plantes aromatiques. On conçoit aisément que ce traitement ne pourrait convenir dans l'autre cas.

violente douleur. L'abcès restant ouvert, il s'en écoula une petite quantité de pus. Si l'on y introduisait une sonde, on sentait que l'os était à nu. On essaya tous les moyens de guérison; tous furent sans succès, et l'on se détermina à amputer la jambe, le 25 Février 1811.

En examinant le pied affecté, on trouva les cartilages de l'articulation formée par l'astragale et l'os naviculaire détruits par l'ulcération; une portion de l'astragale était frappée de mort, et commençait à s'exfolier. Il y avait la même altération dans les cartilages des jointures, formées par les os cunéiformes, naviculaire et les os du métatarse; la carie s'était portée sur les surfaces osseuses mises à nu. Les ligamens et la membrane synoviale étaient dans leur état naturel, à l'exception de peu d'endroits, sur lesquels l'abcès avait laissé des traces de destruction. Les os possédaient leur texture et leur dureté ordinaires; et le tissu cellulaire du pied contenait de la lymphe coagulable et du sérum.

Il serait superflu d'ajouter aux observations précédentes d'autres observations, dans lesquelles la maladie serait dans un période encore plus avancé. Sa marche, dans les autres articulations, est comme celle de la hanche; et quelle que soit la

jointure affectée, la même destruction complète des cartilages en est toujours le triste résultat, et les mêmes ravages s'étendent aux os et aux parties molles.

Dans quelques cas l'ulcération du cartilage d'une articulation commence à la surface qui regarde l'os; et c'est pour avoir observé cette circonstance, que je fus conduit, en premier lieu, à adopter une opinion, qu'on disait celle de Hunter, laquelle paraissait appuyée sur le peu de vascularité que possède le cartilage, dont l'ulcération peut avoir lieu, non par l'action de ses propres vaisseaux, mais par suite de cette action portée sur les vaisseaux de l'os auquel le cartilage est attaché. Subséquemment, j'ai vu que dans plusieurs cas, le cartilage, avant de s'ulcérer, éprouve un changement notable de structure; il devient mou, et prend une apparence fibreuse, ce qui m'a conduit à conclure que cette opinion n'est pas tout-à-fait exacte. Je puis maintenant produire deux cas, qui prouvent, à mon avis, que le cartilage, aussi bien que toute autre partie, est susceptible de s'ulcérer par l'action de ses propres vaisseaux.

XXXIe. OBSERVATION.

Un garçon de douze ans, vers le 28 Juin 1809, tomba d'un endroit élevé sur un genou : apporté à l'hôpital, on reconnut une fracture composée du fémur. Les premiers jours, le malade parut aller assez bien; mais ensuite il se forma dans la cuisse un abcès, qui s'étendait jusqu'au fessier; il dépérit et mourut le 21 Juillet. En examinant l'articulation du genou, on trouva le cartilage qui recouvre les condyles du fémur, ainsi que celui de la tête du tibia, absorbés entièrement en quelques parties, au point de laisser l'os à découvert; et en quelques autres, il était absorbé dans la portion qui s'étend vers la cavité de l'articulation, tandis que celle qui touche l'os avait encore son adhésion, et sa structure naturelle. Le cartilage de ces parties était tailladé, comme si la plus grande portion de sa substance avait été enlevée par la ciselure.

XXXIIe. OBSERVATION.

Un homme d'un âge moyen présenta une affection du genou, qui fut suivie d'inflammation et de suppuration; il mourut à l'hôpital St.-Georges, le 30 Août 1809.

Après la mort, on examina la jointure; le cartilage enveloppant les condyles du fémur et la

tête du tibia était entièrement détruit vers la circonférence, tellement que l'os était dénudé : ailleurs, il ne restait qu'une légère couche de cartilage; mais elle avait toute sa texture ordinaire, et adhérait fortement à l'os, comme de coutume.

Comme dans ces cas l'absorption du cartilage était survenue à la surface qui s'étend vers la cavité de l'articulation, et que le reste de la portion cartilagineuse adhérait à l'os, il est évident que l'absorption devait avoir eu lieu par les vaisseaux du cartilage lui-même.

Les cartilages articulaires, dans les jeunes individus, avant que le période de l'accroissement soit écoulé, possèdent plus de vascularité que dans les autres, car on peut distinguer aisément leurs vaisseaux, et il est même possible de les injecter, ce qui ne peut se faire dans les adultes; c'est ce qui explique pourquoi l'ulcération du cartilage a plus fréquemment lieu, et pourquoi elle fait des progrès plus rapides dans les premiers que dans les derniers.

SECTION II.

Symptômes.

L'ulcération des cartilages articulaires survient à tous les âges de la vie, mais principalement chez les enfants, ou chez les adultes qui n'ont pas encore atteint l'âge moyen. Parmi tous les individus qui se sont présentés à mon observation, attaqués de cette maladie, il y en a eu tout au plus un cinquième âgés de trente ans; le plus jeune est un enfant qui n'avait qu'un an; et le plus âgé, une femme qui en avait soixante. De même que le genou est plus sujet à l'inflammation de la membrane synoviale, de même la hanche est, de toutes les articulations, la plus sujette à l'ulcération des surfaces cartilagineuses. En général, la maladie se borne à une seule jointure; et ce n'est qu'occasionnellement que dans le même individu il y a affection de deux ou trois articulations, soit en même temps, soit successivement. Quelquefois le malade attribue l'origine des symptômes à une injure locale; mais le plus ordinairement on ne peut assigner aucune cause à la maladie; et souvent la cause à laquelle on pourrait l'attribuer, semble plus imaginaire que réelle.

Lorsque la hanche est affectée, les seuls symp-

tômes sensibles sont la douleur, et un léger degré de claudication du membre affecté. La douleur d'abord est peu de chose, et seulement passagère ; ensuite elle devient grave et constante. Elle ressemble à une forte attaque de rhumatisme, puisqu'il arrive qu'elle n'a point de signe certain ; mais elle répond à différentes parties du membre dans divers individus; et même chez tel individu, elle revient à différens périodes. A mesure que la maladie s'achemine, la douleur devient excessivement grave, particulièrement pendant la nuit, et le patient est continuellement éveillé en sursaut par des élancemens douloureux du membre. Quelquefois il obtient un peu de soulagement dans une position particulière du membre, qu'il ne trouve point dans un autre. Un malade à l'hôpital Saint-Georges ne pouvait goûter quelque repos, que placé sur le rebord du bois de lit, le pied appuyé à terre, et le reste du corps adossé à un oreiller, dans une position intermédiaire.

A mesure que la douleur s'exaspère elle devient plus fixe : dans le plus grand nombre de cas, elle répond à la hanche, ainsi qu'au genou, et dans le genou elle est généralement plus intense qu'à l'autre articulation. D'autres fois, il n'y a de douleur que dans le genou, et la hanche en est exempte. Un garçon étant à l'hôpital St.-Georges, se plaignait d'une douleur dans l'intérieur de la cuisse,

vers son milieu ; un autre malade (c'était une petite fille) rapportait la douleur qu'elle éprouvait, à la plante du pied. Quel que soit son siége, le mouvement l'aggrave ; mais elle est aggravée bien d'avantage lorsqu'une pression est exercée de telle sorte que les surfaces cartilagineuses ulcérées agissent l'une sur l'autre : alors le malade est incapable de supporter le poids du corps sur le membre affecté ; et même, étant placé dans une position horizontale, il éprouve une violente douleur, si le chirurgien, appliquant sa main contre le talon, pousse la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, parce que, quelques précautions qu'il prenne, il communiquera à l'articulation de la cuisse un léger mouvement. Cette circonstance n'est pas tout-à-fait indifférente ; et personne, je pense, ne doit émettre une opinion sur la nature de cette maladie sans avoir fait un examen semblable à celui que je viens de décrire.

A peine l'invasion de la maladie a eu lieu, que l'articulation de la cuisse est sensible, toutes les fois qu'on la presse par devant ou par derrière. Les glandes inguinales s'engorgent, et donnent lieu à une légère inflammation générale de l'aine. Ceci n'offre rien de remarquable, puisqu'il est à supposer qu'une maladie située dans l'articulation doit finir par occasionner quelque degré d'inflammation dans les parties voisines. Mais c'est une

circonstance curieuse de trouver, dans quelques cas, de la sensibilité dans ces parties auxquelles, bien qu'elles ne soient pas malades, se rapporte la douleur provenant sympathiquement de l'affection de la hanche. C'est une observation que j'ai faite plusieurs fois sur le genou; et par exemple, un gentleman, rapportant la douleur à la partie externe et supérieure de la jambe, se plaignait d'une grande sensibilité dans tout le trajet du nerf péronien. J'ai également vu une légère tuméfaction du genou qui produisait une douleur, dépendante d'une maladie de la hanche. Ces faits correspondent à ce que l'on observe dans quelques autres cas, dans lesquels une partie saine semblerait être le siége de la douleur, à cause de la sympathie entre elle et toute autre partie malade; c'est ainsi qu'un calcul arrêté dans l'urètre fut cause non seulement de la souffrance, mais encore de la sensibilité, du gonflement, et d'une inflammation assez grave du testicule.

Lorsque la maladie dure depuis quelque temps la forme de la fesse change d'une manière remarquable; elle dépérit et est moins bombée; elle n'a plus alors sa convexité ordinaire, elle ne présente qu'une surface applatie; elle est flasque au toucher; sa consistance mollasse l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle offre ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé.

Dans très-peu de cas, à un période avancé de la maladie, la fesse est réellement plus étendue, parce que la cavité cotyloïde s'est remplie de lymphe coagulable et de matière, et que la tête du fémur a été chassée de sa situation naturelle. Mais en général cette augmentation de largeur de la fesse n'est qu'apparente; car si on la mesure attentivement, il ne doit pas y avoir de différence entre celle d'un côté et celle de l'autre. L'altération, dans sa forme, peut dépendre ici en partie de la position que le malade a l'habitude de garder étant debout; mais la cause principale doit s'attribuer à l'appauvrissement de la masse charnue des muscles fessiers par faute d'exercice; c'est ce qu'on a souvent et soigneusement vérifié sur les corps vivans, et par de nombreuses dissections (*a*).

(*a*) Cette altération dans la forme de la fesse est un symptôme; mais en lui-même, il ne doit pas être considéré comme signe certain de diagnostic dans la maladie de la hanche, attendu qu'il s'observe dans d'autres cas, où, n'importe la cause, les muscles fessiers ont été dans un état d'inaction pendant longtemps. Aussi des enfants sont sujets à un état paralytique des muscles du membre inférieur; et dans cette maladie, si les muscles sont affectés jusqu'au bassin, la fesse offre la même apparence. La même remarque doit

Un autre symptôme qui se rencontre dans cette maladie, est une altération dans la longueur du membre. 1°. Dans le premier période, le malade se plaint souvent que le membre du côté affecté est plus long que l'autre : ceci ne peut s'expliquer, par la supposition que la cavité cotyloïde est remplie de pus ou de substance solide, car cette matière ferait saillir la tête du fémur plutôt en dehors qu'en dedans. Mais le fait est que cette longueur n'est qu'apparente : car le malade couché en supination, et les deux cuisses faisant le même angle avec le bassin, le pied du côté malade peut bien, au premier coup-d'œil, paraître plus bas que l'autre de deux ou trois pouces ; mais si l'on mesure attentivement avec un ruban de fil la longueur, du bord épineux antérieur supérieur de l'iléon à la rotule, on trouvera que la différence est imperceptible. Le prolongement apparent dépend de la position du bassin, qui est altéré de telle manière que la crète d'un des os innominés est visiblement déprimée et ramenée au-dessous du niveau de celle de l'autre. Il est aisé de comprendre comment se produit cet effet, en observant la position que le malade tient, lorsqu'il est

---

être faite lorsque le fémur est malade, et pour le cas où, quelque en soit la cause, le mouvement de la hanche est douloureux et difficile.

debout : il supporte le poids de son corps sur le membre sain, conséquemment la hanche et le genou sont dans l'extension : en même temps le membre opposé est incliné en devant, et le pied du côté malade est posé à terre, bien en avant de l'autre, non point tant pour supporter le poids du corps, que pour affermir la base de sustentation, et maintenir l'équilibre. Ordinairement cela ne peut avoir lieu sans que le bassin soit déprimé. L'inclinaison du bassin est naturellement accompagnée de la courbure latérale de l'épine, et alors il arrive que l'une des épaules est plus élevée que l'autre, et que toute l'habitude du corps est un peu contournée. Tous ces symptômes peuvent disparaître au bout de quelques semaines, si le malade, dans cette circonstance, garde le lit et la position horizontale; excepté dans les cas, où, la maladie étant survenue à l'époque de l'accroissement et ayant déjà existé depuis long-temps, la forme de ces parties a dû contracter ce nouvel état, et alors cette difformité peut durer toute la vie.

2°. Dans le peu de cas où le malade est dans une position droite, on observera que le pied du membre affecté n'est pas plus incliné en devant que l'autre; mais que les orteils sont seulement appuyés à terre, et que le talon est élevé, alors que la hanche et le genou sont un peu fléchis. C'est

ce qui rend le malade également capable de supporter le poids du corps ; mais cela produit une inclinaison du bassin dans la direction opposée. La crête de l'iléon est plus élevée qu'à l'ordinaire, et il y a un accroissement apparent, au lieu d'un allongement du membre du côté malade.

3°. Dans un période très-avancé de la maladie, lorsque la tête du fémur a été complètement détruite par l'ulcération, rien ne peut s'opposer à l'action des muscles qui porte l'os en haut : c'est ce qu'on peut comparer à un cas de la fracture du col du fémur : le membre est non seulement plus court en apparence, il l'est en réalité ; le pied peut alors être ramené en dedans ; mais abandonné à lui-même, il se porte naturellement en dehors.

4°. Dans d'autres cas, le membre est raccourci ; la cuisse est fléchie en avant ; les orteils sont tournés en dedans, et ne peuvent l'être en dehors ; voilà tous les symptômes d'une dislocation externe et supérieure de la cuisse ; l'observation suivante explique pleinement la cause de ces apparences.

XXXIIIe. OBSERVATION.

— Taylor, homme d'un âge moyen, fut reçu à l'hôpital St.-Georges dans l'automne de 1805, pour une maladie du genou gauche. Tourmenté par d'autres affections, il mourut dans le mois de Février 1806.

A l'inspection du cadavre, on trouva que les parties molles, voisines de l'articulation, étaient légèrement enflammées, et que de la lymphe coagulable s'était répandue dans le tissu cellulaire qui enveloppe le ligament capsulaire.

Il n'y avait pas vestige du ligament rond : l'ulcération avait détruit les cartilages, presque en totalité.

La carie avait atteint les os dans leur surface dénudée ; mais ils conservaient leur forme et leur grosseur naturelles. La cavité cotyloïde était presque entièrement remplie de pus et de matière coagulable ; celle-ci était adhérente à l'os carié, et était devenue très-vasculaire. La tête du fémur avait passé derrière l'iléon. Le ligament capsulaire et la membrane synoviale se trouvaient très-dilatés ; et supérieurement, leur attache à l'os était poussée en haut de telle sorte que, bien que la tête du fémur ne se trouvât pas profondément dans la cavité cotyloïde, elle était encore dans la cavité de l'articulation.

L'individu n'ayant pu attribuer cette affection à aucune cause locale, nous pouvons conclure que l'ulcération du cartilage était la maladie primitive, et que la luxation était la suite immédiate du déplacement de la tête du fémur, occasionné par la collection de pus et de lymphe coagulable dans la cavité de l'articulation ; alors la tête se trouva

tirée en dehors par l'action des muscles qui viennent s'attacher au grand trochanter (*a*).

Le raccourcissement du membre qui survient dans le période avancé de la maladie, est ordinairement, mais non pas toujours, le précurseur de l'abcès. La formation de la matière est aussi précédée par une augmentation de douleur, par de plus fréquens mouvemens spasmodiques des muscles, par un plus grand amaigrissement de tout le membre, et par la circonstance qui tient la cuisse fléchie en avant, et qui la met dans l'impossibilité de faire l'extension, sans causer au malade des souffrances intolérables. Alors le pouls devient vite, la langue se charge, et toute l'économie se trouve dans un état d'excitement très-violent. Ordinairement l'abcès fait saillie sous la forme d'une grande tumeur sous le muscle vaste externe; quelquefois dans la partie interne vers le milieu de la cuisse; et quelquefois il se manifeste deux ou trois abcès dans différentes parties, qui s'ouvrent successivement. Les abcès évacuent une grande quantité de pus clair; et dans les cas les plus dangereux, une abondante suppuration persévère, jusqu'à ce que les

(*a*) Ce cas offre un exemple de la luxation de la cuisse par cause interne, que quelques chirurgiens ont décrite, et il est probable que dans le plus grand nombre de cas, la luxation a lieu de la même manière.

forces du malade soient épuisées; alors affaibli, émacié, il est livré aux symptômes de la fièvre hectique. Il est si rare qu'un adulte revienne de tels accidens, que le chirurgien ne peut en aucun cas se justifier, s'il promet plus d'espoir que n'en présente un pronostic aussi peu favorable. Les enfans échappent plus fréquemment à ce période de la maladie, mais jamais sans l'ankilose complète de l'articulation. Si la suppuration n'a point lieu, je crois qu'il arrive rarement que le membre après la guérison reprenne toute son entière mobilité (*a*).

(*a*) Quelque difficulté que présente, dans son premier période, le diagnostic de cette affection de la hanche, il peut être établi avec assez de certitude, lorsque la maladie est tant soit peu avancée. Toutefois il faut le baser, non sur un seul symptôme, mais sur l'ensemble de tous, et sur l'histoire de leur marche; car le peu de données justes que nous avons sur ces affections ne peuvent mettre le chirurgien à même de porter un jugement sain, s'il ne met dans ses recherches tout le soin que réclament les circonstances du cas qui est sous ses yeux.

Les affections qui, le plus souvent, peuvent être confondues avec l'ulcération du cartilage de la hanche, sont les suivantes :

1°. L'inflammation de la membrane synoviale de la hanche : j'en ai parlé dans le premier chapitre.

2°. L'inflammation chronique des parties molles, voisines de la hanche, qui se termine par la formation

Lorsque les cartilages du genou sont ulcérés, il y a douleur dans l'articulation affectée ; d'abord, elle est légère et passagère ; dans le premier stade

d'un abcès chronique. Ici il y a douleur, mais elle est plus restreinte dans son siége que dans le cas de l'ulcération des cartilages de la hanche ; la douleur est moins grave, moins exaspérée par le mouvement de l'articulation ; le repos ne lui procure pas le même soulagement; elle ne s'accompagne pas de la flaccidité de la fesse, mais bientôt après, elle se tuméfie.

3°. La maladie qui a son origine dans la substance spongieuse des os : il en sera question ci-après.

4°. Plusieurs cas m'ont fait soupçonner que ces symptômes dépendaient d'un état maladif du nerf sciatique : ils offraient une certaine analogie avec l'affection dont il s'agit. Il y avait une douleur sentie aux parties dans lesquelles se distribue le nerf sciatique ; mais elle n'était point très-grave, et la négligence de la maladie ne l'aggravait point. Il y avait de la sensibilité dans le lieu où le nerf rampe sur la partie postérieure de la hanche et de la cuisse ; cette sensibilité est ordinairement plus forte dans un point. Les symptômes s'amendaient surtout par l'application des vésicatoires sur le tronc du nerf, supposé le siége de la maladie (1).

(1) Il est très-certain que l'affaiblissement du nerf sciatique peut donner lieu à des affections articulaires. Il serait possible que bien des tumeurs blanches, pour parler l'ancien langage, qui ne reconnaissaient point de cause précise, tinssent à cet état du nerf ; aussi suis-je porté à croire que des chirurgiens, ignorant l'influence de cette condition nerveuse, et ayant épuisé toutes les ressources de la pharma-

de la maladie, elle se dissipe entièrement, si l'on reste pendant qnelques jours dans un repos parfait, mais elle reparaît aussitôt que l'on reprend l'exercice du membre. Insensiblement la douleur devient constante et très-grave, surtout pendant la nuit; elle trouble le malade dans son sommeil. Elle correspond principalement à la partie interne

cie, ont dû proposer de faire et ont fait l'amputation des membres, qu'ils auraient conservés, s'ils s'étaient seulement doutés de l'origine du mal. Le nerf affaibli nuit à l'action vitale du membre; toutes les parties où il va se distribuer languissent; la portion qui se rend au genou ou à toute autre articulation est plus fortement altérée à cause du peu d'activité qu'il y a naturellement; à cause de la texture serrée des membranes, qui n'y permet qu'une circulation pénible : le nerf, presque paralysé, diminue la vie de l'articulation; les vaisseaux blancs se remplissent et ne se désemplissent pas; l'engorgement a lieu, l'inflammation sourde le suit bientôt; et finalement l'ulcération de tous les tissus amène la désorganisation des parties. Le premier symptôme est la diminution du membre, sans douleur; il suffit presque seul pour établir le diagnostic. La douleur est le second : elle survient long-temps avant le gonflement; elle confirme le diagnostic. Beaucoup de maladies inflammatoires des articulations des extrémités inférieures se manifestent par ces deux symptômes, si elles dépendent de la lésion fonctionnelle du nerf sciatique. Pour le traitement, *voyez* la note de la XXXe. observation. Si le genou est douloureux, on y appliquera un cataplasme émollient, qui, comme on le sait, ne doit agir que symptômatiquement; on peut ajouter un verre d'eau de Balaruc à prendre tous les jours, matin et soir; ces effets ne peuvent être que secondaires.

de la tête du tibia, mais il arrive qu'elle s'étend à l'os en entier. Le mouvement l'irrite tellement que le malade est forcé de garder la même position ; en général, c'est la demi-flexion, et il ne fait jamais d'efforts pour supporter le poids du corps sur le pieds du membre malade.

L'ulcération du cartilage du genou diffère, quant à ses symptômes, de l'inflammation de la membrane synoviale, en ce que la douleur, dans le premier cas, est légère au début et qu'elle devient très-intense insensiblement, tandis que le contraire arrive dans le second. Mais il y a une autre circonstance qui établit une grande distinction dans l'ulcération des cartilages, et la plupart des autres maladies qui attaquent les articulations. D'abord, la douleur ne s'accompagne d'aucun gonflement évident ; et s'il survient, ce n'est jamais qu'après quatre ou cinq semaines, et souvent plusieurs mois après l'invasion de la maladie (1). La raison de cela est trop manifeste pour en donner l'explication, et il est également superflu d'en marquer l'importance, quant au secours dont il peut être pour fixer plus promptement le dia-

(1) Ces détails et les développemens des symptômes appartiennent positivement au cas dans lequel la cause de la maladie articulaire se trouve dans la faiblesse du nerf sciatique.

gnostic. Nous ne devons pas, cependant, conclure indifféremment, toutes les fois qu'il y a une légère douleur dans le genou, non accompagnée de gonflement, que les cartilages sont dans un état d'ulcération, puisque ce symptôme peut également provenir de l'inflammation des os eux-mêmes, des ligamens, de la substance graisseuse de l'articulation, ou d'une simple affection nerveuse; car tout chirurgien trouvera des cas, où il sera porté à croire que le symptôme, dont il est question, tire son origine de l'une ou de l'autre de ces causes : mais lorsque la douleur persiste et augmente, et qu'enfin elle devient très-grave; lorsqu'elle est aggravée par le mouvement de la jointure, et par la pression simultanée des surfaces articulaires l'une contre l'autre; et lorsqu'après un certain temps la tuméfaction a lieu, telle que je viens de la décrire, nous pouvons conclure que la maladie consiste dans l'ulcération des cartilages : toutes les observations que j'ai faites, ainsi que toutes inspections cadavériques que l'occasion m'a fournies, ont toujours pleinement justifié cette conclusion.

Le gonflement qui accompagne cette maladie du genou, diffère de celui qui survient dans chacune de celles de la membrane synoviale, que j'ai déjà décrit. Il dépend d'un léger degré d'inflammation qui a eu lieu dans le tissu cellulaire externe de l'articulation, en conséquence de la maladie

dont elle est le siége. Le gonflement est pour l'ordinaire peu de chose, bien qu'il paraisse plus gros qu'il ne l'est réellement, à cause du dépérissement des muscles du membre. Il a la forme des extrémités articulaires des os, la forme naturelle de la jointure. On ne distingue pas de fluctuation, comme lorsque la membrane est enflammée; il n'y a point l'élasticité particulière, qui existe, lorsque la membrane synoviale a subi un changement morbide de structure.

Mais on trouve peu de cas dans lesquels cette maladie soit accompagnée d'une collection de fluide dans l'articulation, dans lesquels la tumeur ait une forme différente de celle qu'on a décrite, et où la sensation de la fluctuation soit distincte.

Premièrement, l'inflammation de la membrane synoviale peut se présenter comme maladie secondaire, l'ulcération des cartilages comme l'ayant précédée, et l'effusion de la synovie dans l'articulation comme en étant la suite. C'est ce que je suppose devoir être arrivé dans le cas de John Child, que je rapporterai ci-après.

Secondement, dans un stade avancé d'ulcération des cartilages, lorsque l'abcès est formé, il donne lieu à l'ulcération des parties molles, et s'ouvre ordinairement dans la peau; mais quelquefois le pus est rassemblé dans l'articulation; il distend la membrane synoviale, et cause une tu-

meur très-semblable à celle qu'elle formerait si elle était distendue par la synovie. Dans ces cas, le chirurgien doit établir son diagnostic d'après les renseignemens préalables; d'après le degré et la nature de la douleur que ressent le malade, et d'après l'état général de sa santé, en ne perdant point de vue cette circonstance, que les vésicatoires sont très-rarement utiles parce qu'ils provoquent une trop abondante absorption de synovie, et qu'ils ne causent jamais celle du pus.

Comme l'ulcération des cartilages est quelquefois suivie de la luxation de la hanche, il est vrai aussi que celle du genou peut avoir lieu de la même manière. Lorsqu'il y a eu une grande distension des parties molles par suite de l'étendue qu'a pris l'ulcération, la tête du tibia est peu à peu tirée en arrière par l'action des muscles fléchisseurs, et fixée dans le jarret; c'est même ce que j'ai vu arriver, lorsque l'abcès n'avait jamais eu lieu; alors le malade finissait par revenir à la santé, avec une articulation roide, et un membre défiguré. Dans un cas pareil, les condyles du fémur font une saillie inaccoutumée, et les surfaces articulaires des os sont, en partie ou en totalité, séparées l'une de l'autre.

Les symptômes produits par l'ulcération des autres articulations sont presque les mêmes que ceux que nous avons décrits. Le signe diagnostique

principal, est la douleur qui est ressentie dès l'invasion, sans être accompagnée de gonflement. La douleur correspond au lieu qui est le siége actuel de la maladie ; mais si le coude est affecté, la douleur la plus forte de cette articulation est suivie d'un plus léger degré de souffrance dans la partie inférieure de l'avant-bras et dans le poignet ; si la maladie est dans l'épaule, il y a souvent une sensation douloureuse qui descend et se communique à tout l'os du bras. Dans tous les cas, la douleur s'aggrave beaucoup, lorsque les surfaces articulaires frottent l'une contre l'autre, et à son invasion elle n'est même pas ici accompagnée de gonflement. Dans les cas de l'ulcération de l'épaule, l'articulation est plus petite qu'à l'ordinaire, à cause de l'appauvrissement du muscle deltoïde.

Quelle que soit la jointure qui se trouve le siége de la maladie, la formation de l'abcès est toujours suivie de l'aggravation de tous les symptômes. Mais l'altération de tout le système, lorsque la suppuration est établie, dépend de diverses circonstances, de l'âge et des forces du malade ; de la grosseur de l'articulation affectée, et de sa situation (1). Un abcès situé dans une jointure

(1) Cette altération peut dépendre aussi de la douleur, dont la violence est souvent telle, qu'elle suspend le sommeil et l'appétit ; et s'il est pareillement vrai qu'il

profonde cause plus de mal dans les parties molles, et conséquemment produit des accidens plus sérieux que celui qui est situé dans une articulation superficielle.

La marche de l'ulcération des cartilages varie selon le temps dans différens cas, mais elle est généralement lente. Dans un cas, où le genou avait été le siége d'une violente douleur avec peu ou point de tuméfaction, et qui avait duré deux ans et demi avant l'amputation, j'eus occasion d'examiner l'articulation malade; je trouvai les cartilages détruits seulement dans une petite étendue; dans la cavité articulaire, je trouvai un dragme et demi de pus, et pas une trace morbide dans les parties molles, à l'exception d'une très-légère inflammation, qui s'était portée sur la membrane synoviale; j'y trouvai aussi l'effusion d'une petite quantité de lymphe coagulable sur le tissu cellulaire de la surface externe. Dans un autre cas, des douleurs avaient duré pendant toute une année, avant d'être assez fortes

---

se fasse une résorption de la matière contenue dans l'abcès, les effets consécutifs de cette résorption seraient une cause de plus du dépérissement de la santé. Alors la fièvre lente, consomptive, comme dans la phthisie, pour poursuivre l'analogie, ne tarde point à paraître avec les accidens qui l'accompagnent; et ces accides finiraient par entraîner le malade dans la tombe, si l'on n'avait recours à l'amputation du membre.

pour fixer sérieusement l'attention du malade. On ne trouva point de pus dans l'articulation; et la dernière guérison ne laissa aucune gêne dans le mouvement du membre. Quelquefois, cependant, la marche de la maladie est beaucoup plus rapide. Chez un malade, à l'hôpital St.-Georges, la destruction de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde fut telle, dans l'espace de quatre mois, qu'elle occasionna un raccourcissement réel du membre de l'étendue d'un pouce.

SECTION III.

Traitement.

Lorsque les cartilages d'une articulation sont ulcérés, il y a tout lieu de croire que le mouvement de leurs surfaces, l'une sur l'autre, favorisera les progrès de l'ulcération. J'ai vu des cas que le repos seul a pu guérir. Dans toutes les circonstances, tout exercice un peu considérable aggrave les symptômes de la maladie : d'où l'on doit conclure que le repos parfait du membre est un moyen du moins très-important, dans le traitement, s'il n'est le plus à considérer.

Pour la cure des maladies articulaires, plusieurs praticiens recommandent les cautères, opérés par

le caustique (*a*); mais je ne sache pas qu'aucun ait déterminé le cas particulier auquel ce procédé est applicable. J'ai employé et j'ai vu employer les ouvertures caustiques dans un grand nombre de cas divers, et elles m'ont paru produire un

---

(*a*) Le soulagement instantané qu'on a obtenu quelquefois par l'application du caustique sur la peau, ou sur la surface d'une ouverture, lorsque le membre se trouve précisément dans les mêmes circonstances que ci-dessus, quant au repos; et le retour des symptômes, que dans plusieurs cas suit une prompte cicatrisation de la plaie artificielle, prouvent suffisamment l'efficacité de ce remède. Il peut être difficile d'en expliquer le *modus operandi*; mais ce qui arrive dans ces cas semble offrir une analogie sensible avec la suspension de la gonorrhée, à l'occasion de l'inflammation des testicules, ou avec la métastase de la goutte de l'estomac au pied. En chirurgie on emploie les ouvertures afin de s'opposer à une disposition morbide de l'économie; mais il est probable que si l'on portait trop loin cette méthode, elle pourrait altérer aussi ses fonctions naturelles. Une cause locale développa un large abcès sur une jambe et une cuisse d'un cochon-d'Inde: la formation de l'abcès suspendit complètement le travail d'accroissement des ongles de ce même pied. Ils s'usèrent à leur extrémité, sans se régénérer par la racine; ils devinrent courts, durs et cassants; tandis que dans le pied de l'autre membre, ils continuèrent à croître comme à l'ordinaire, et conservèrent l'apparence qu'ils ont habituellement.

grand bien lorsque les cartilages sont dans un état d'ulcération ; elles ne sont que d'une faible utilité dans les autres affections des jointures. Les sétons et les vésicatoires, entretenus par l'onguent de sabine, donnent presque le même résultat ; on peut les employer avec avantage dans les mêmes occasions (*a*).

Lorsque, dans certains cas qui se rencontrent dans la pratique des hôpitaux, le malade, pour avoir porté trop loin le mouvement du membre, se présentera avec une inflammation des surfaces ulcérées des os, qui augmente la douleur, et donne ordinairement lieu à la fièvre, on emploiera la saignée avec avantage. Dans d'autres circonstances, je n'ai point vu que la saignée produisît un grand bien. En effet, où est l'analogie qui puisse nous en faire espérer un bon résultat, puisqu'elle n'a point la propriété d'arrêter la marche des ulcères dans d'autres parties ?

(*a*) On s'attend que je donne ici quelques remarques sur les effets de l'application du cautère, qui a été recommandé différentes fois dans les maladies articulaires. Je ne me sens pas en état d'avancer une opinion décisive sur l'efficacité des issues pratiquées par le caustique, et de celles faites par le cautère ; mon expérience sur ce dernier moyen est trop bornée. Le peu que j'ai observé ne m'a certainement point porté à donner la préférence au cautère sur le caustique.

Le bain chaud est quelquefois utile dans le premier stade de la maladie ; et s'il n'arrête sa marche, du moins il peut amender les symptômes.

Les emplâtres de gomme ammoniaque et autres de cette nature, les ambrocations et les liniınens de toute espèce, sont entièrement inefficaces. Les frictions sont incontestablement dangereuses.

J'ai montré, dans une des précédentes sections, que l'ulcération des cartilages articulaires peut avoir lieu dans une grande étendue, sans suppuration. C'est une circonstance d'un grand intérêt, non seulement pour la science pathologique, mais encore considérée dans un point de vue pratique. L'espoir de guérison qui naît de l'emploi de divers remèdes est indubitablement beaucoup plus grand lorsque l'abcès n'existe pas, que lorsqu'il existe ; et le pronostic du chirurgien dépend en grande partie de l'opinion qu'il s'est formée sur ce point.

Après avoir émis des observations générales, je vais présenter quelques remarques pratiques : premièrement, sur le traitement de la maladie dans la hanche, et ensuite dans les autres articulations, sans avoir égard à la suppuration qui peut s'y être établie, secondement, sur la méthode que l'on doit adopter, lorsque la suppuration y a lieu, et lorsqu'il y a une collection de pus en communication avec la cavité articulaire.

Quand les cartilages de la hanche sont ulcérés, le malade commencera par se tenir dans un lieu de repos, s'il n'aime mieux le lit; et si la maladie est bien avancée, le membre sera supporté par des oreillers et des coussins convenablement disposés, pour favoriser l'ankilose; et cela, en l'empêchant autant que possible de changer de position.

Dans les jeunes enfans, on peut espérer un soulagement complet des vésicatoires. Ils peuvent s'appliquer sur les fesses, près du grand trochanter, et sur les aines. Un seul vésicatoire entretenu au moyen de l'onguent de sabine est ordinairement plus efficace que plusieurs vésicatoires appliqués et guéris successivement.

Chez les enfans au-dessus de huit à dix ans, et chez les adultes, le même traitement est utile dès l'invasion de la maladie; mais dans un stade avancé, les cautères faits par le caustique sont plus efficaces, et sont suivis surtout de moins d'inconvénient pour le malade.

L'enfoncement situé derrière le grand trochanter est, sous plusieurs rapports, la place la plus convenable pour l'application du caustique; mais dans quelques cas cette application, faite sur la partie externe de la hanche, est suivie d'un résultat meilleur. La peau, dans cette partie, est, en effet, plus près de la jointure, que la peau de derrière; et il y a pour preuve de cette manière

de voir, que les issues sont d'autant plus efficaces, qu'elles sont plus près du siége du mal (a). La peau de l'aine est encore plus près de la hanche que la partie externe; mais d'un autre côté, les gros vaisseaux et les nerfs de la cuisse proscrivent l'usage du caustique dans cette partie. On peut se servir de la potasse liquide pour pratiquer une plaie artificielle; dans un adulte, et derrière le grand trochanter, elle sera d'un demi-pouce de largeur, sur deux pouces de profondeur : s'il en résulte un bon effet, on en fera une seconde moins grande sur le bord antérieur du fascia lata; il arrive souvent qu'il ne résulte

(a) « Pendant plusieurs années, j'ai appliqué avec « quelque succès les caustiques au-dessus et au-dessous « du condyle interne du fémur, dans les tumeurs « blanches du genou; et j'ai remarqué que lorsque ce « procédé trompait mes espérances, et qu'il y avait « suppuration dans l'articulation, l'inflammation se dé- « veloppait dans presque tous les cas, et que la matière « ramassée se faisait généralement une issue au dehors, « du côté externe du genou. Ayant fait cette observa- « tion plusieurs fois, j'ai été amené à croire que le « caustique, de la manière dont je l'employais, ar- « rêtait la marche de la maladie, tant il avait de l'in- « fluence; mais aussi cette influence ne suffisait point « pour se porter à toute la cavité de l'articulation. » Ford, sur l'articulation de la hanche (on the Hip-joint), *page* 194, *première édition*.

aucun bien de la première issue, mais la seconde est alors suivie d'un grand soulagement.

Le bien obtenu par le cautère ne paraît pas être en proportion avec la quantité de pus qui s'écoule de sa surface. On a observé qu'il y a quelquefois plus d'abattement de symptômes dans les premiers jours après l'application du caustique, et avant la chûte de l'escarre, que dans les semaines suivantes. Cette circonstance, dans l'objet d'entretenir ouverte la plaie artificielle, m'a fait substituer à l'emploi des pois l'usage des frictions locales avec la potasse caustique, ou avec le sulfate de cuivre, deux ou trois fois par semaine; et après un essai répété des deux procédés, le dernier m'a paru décidément préférable au premier. La douleur que cause le caustique est très-considérable; mais aussi la diminution des symptômes est telle, que j'ai connu des malades qui étaient dans l'usage d'en faire eux-mêmes l'application, dire qu'ils se trouvaient mieux le matin suivant. Outre cela, il est plus aisé de faire le pansement que lorsqu'on emploie les pois; et puis l'on évite l'inconvénient qui naît, et de l'action d'introduire des pois sous l'emplâtre adhésif, et de toute pression accidentelle de ces corps contre la surface ulcérée.

Les cas que suit un abattement complet de symptômes, immédiatement après avoir pratiqué

l'ouverture, ne sont pas très-nombreux. En général il y a quelque soulagement après l'application du caustique; et peu de semaines après (pourvu que la suppuration n'ait point eu lieu), si le malade continue à être bien, la douleur disparaît entièrement. Lorsque la douleur est très-vive, comme elle l'est quelquefois, au point d'empêcher le sommeil pendant plusieurs nuits consécutives, on ne doit point différer l'usage de toute méthode qui pourrait apporter un soulagement plus prompt que celui qu'on a lieu d'attendre de l'application du caustique. S'il y a raison de penser que les surfaces ulcérées soient dans un état d'inflammation qui proviendrait de l'exercice immodéré de l'articulation, on doit avoir recours à la saignée. Rien ne doit s'opposer à appliquer un vésicatoire sur l'aine, et de le répéter, s'il est nécessaire. Des vésicatoires apposés au genou, ou à la cuisse, quoique pour le moment il n'y ait point de maladie, procureront souvent une diminution de la douleur, sinon totale, du moins considérable; cette douleur répond à ces parties à cause de leur sympathie avec l'affection de la hanche. C'est une circonstance assez curieuse; elle s'est présentée si souvent à mon observation que, bien qu'elle soit difficile à expliquer, je ne puis douter du fait. Quelquefois la douleur cède entièrement à l'application du vésicatoire; d'autres fois, je l'ai vue

abandonner le genou à la suite de son effet vésicant, pour se porter à la hanche.

Les objections que l'on pourrait faire à l'application du caustique sur la peau de l'aine, ne porteraient point juste sur l'emploi du séton dans cet endroit. Il y a quelques années, j'adoptais ce traitement, en partie, parce que la peau est plus près de la hanche que celle de tout autre endroit; en partie, parce que, ainsi que je l'ai remarqué, un séton placé sur le tronc du nerf crural antérieur peut diminuer la douleur de ces parties, dans lesquelles ce nerf va se ramifier. Les résultats de cette pratique ont surpassé mes espérances dans plusieurs cas; j'en ai obtenu très-soudainement l'abattement complet de la douleur. Dans d'autres, elle a produit d'aussi bons effets, mais moindres relativement à ceux dans lesquels elle a réussi. Quoi qu'il en soit, je conclus que lorsque la douleur est très-grave, l'usage du séton sur l'aine apporte un soulagement plus certain et plus immédiat que celui de la plaie artificielle par le caustique; mais qu'il n'est pas également aussi efficace pour arrêter la marche de la maladie que pour diminuer la violence des symptômes; et que la plaie par le caustique est plus sûre pour achever la guérison (*a*).

(*a*) Les faits suivans sont extraits des notes que j'avais

Pour pratiquer l'application du séton dans l'aine, il est avantageux d'employer l'aiguille courbe à séton. Dans la majorité des cas, la mala-

---

prises avant que je m'occupasse de faire des observations sur ce sujet.

« En Novembre 1808 :

« Martha Atkinson, âgée de seize ans, présentant les symptômes de l'ulcération des cartilages de la hanche, ressentait de la douleur dans cette partie et dans le genou; mais la douleur de l'articulation supérieure était plus vive. Ses souffrances étaient telles qu'elle n'osait changer de position; elles lui permettaient à peine de goûter le sommeil pendant la nuit.

« Le 20 Novembre, on lui fit un séton dans l'aine.

« Le 22, la douleur avait presque entièrement abandonné la hanche, et dès ce moment elle s'est promptement rétablie.

« John Selly, âgé de onze ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges le 28 Décembre 1808, pour une douleur grave de la hanche et du genou, avec sensibilité dans la région de la hanche; et engorgement des glandes de l'aine.

« Le 30 Décembre, on mit un séton dans l'aine.

« Les douleurs de la hanche et du genou se dissipèrent presque entièrement dans l'espace de quelques heures après l'introduction du séton; le soulagement fut permanent, et le 24 Mai suivant, il quitta l'hôpital comme guéri ».

« Susan Dean, de l'âge d'environ douze ans, fut admise à l'hôpital St.-Georges, en Novembre 1808, pour

die tient la cuisse fléchie sur le bassin ; et cette position du membre rend difficile l'emploi d'une aiguille de forme ordinaire. On peut introduire le

---

des douleurs très-vives de la hanche et du genou, par suite d'une maladie située dans la première articulation; l'on voyait un large abcès sur la partie supérieure et externe de la cuisse.

« Le 14 Décembre, on appliqua un séton dans l'aine. Les douleurs éprouvèrent de l'amélioration dans le même après-midi. La douleur ne reparut plus tant qu'elle resta à l'hôpital ; mais des personnes qui s'intéressaient à la malade ayant pris son exéat peu de semaines après l'application du séton, je n'en pus suivre plus loin l'observation ».

« James Craven, jeune homme, fut admis comme malade externe (1) de l'hôpital St.-Georges, le 15 Mars 1809, pour les symptômes ordinaires de l'ulcération des cartilages de la hanche. Il y avait un vaste abcès sur la partie externe de la cuisse, et une douleur intense dans le genou ; elle l'empêchait de dormir pendant la nuit.

« Le 16 Mars on fit un séton dans l'aine. Ne pouvant devenir malade interne, Craven retourna à la

(1) Les hôpitaux de Londres fournissent tous les médicamens que le médecin ou le chirurgien vient de prescrire dans la consultation publique à des malades, dits externes, parce qu'ils ne couchent pas dans l'hospice. Portés sur un registre particulier, l'administration ne leur donne que les remèdes et les conseils de l'homme de l'art.

séton obliquement sur la partie antérieure de l'articulation, en comprenant dans l'opération un pouce et demi ou deux pouces de tégumens. Peu de temps après, la peau traversée par l'aiguille s'enflamme ordinairement, s'ulcère, et le séton suinte au dehors; mais cela n'arrive pas sans avoir produit tout le bien qu'on en attend.

On peut appliquer plusieurs des observations précédentes sur l'ulcération des cartilages de la hanche, à celle qui pourrait survenir dans les autres articulations. Dans tous les cas, il est indispensable de garder le repos le plus absolu. Si la maladie est à une des extrémités inférieures, le malade tiendra la position horizontale; si elle est à une des extrémités supérieures, il portera le bras en écharpe. Lorsque le genou ou le coude est affecté, on emploiera le cautère par le caustique, ou le vésicatoire qui sera entretenu avec l'onguent de sabine; mais le premier paraît le plus efficace

---

maison aussitôt après. Néanmoins la douleur s'abattit entièrement dans peu d'heures : et il dormit profondément dans la nuit, sans que la douleur troublât son sommeil.

« Dans la suite l'abcès s'ouvrit, et se ferma plusieurs fois pour se rouvrir de nouveau : les symptômes de l'étisie s'emparèrent du malade. Je n'ai point eu connaissance de la fin de la maladie, mais je ne doute pas qu'elle ne se soit terminée par la mort ».

des deux. Dans le genou, on peut faire avec la potasse liquide une petite escarre sur la peau des deux côtés de la rotule; et dans le coude, on peut employer le même procédé sur la partie interne ou externe de l'articulation. Lorsque j'ai eu à traiter cette maladie dans l'épaule, j'ai quelquefois employé un large vésicatoire que j'ai tenu ouvert avec l'onguent de sabine; dans d'autres cas, j'ai pratiqué deux cautères par le caustique; l'un sur la partie antérieure, l'autre sur la partie postérieure de l'articulation, et dans tous la plaie artificielle a paru donner de meilleurs résultats que le vésicatoire. Si la maladie a son siége dans les jointures où se multiplient les tendons, comme dans le poignet et le coude-pied, il est plus sage d'employer le vésicatoire; les tendons superficiels en auront moins à souffrir que de l'application du caustique. Toutefois j'ai, dans un petit nombre de circonstances, fait une ouverture par le caustique au-dessous de la maléole interne ou externe. J'en ai obtenu de très-bons effets quant à la maladie articulaire; mais le malade eut à supporter une irritation si extraordinaire, que ce ne fût qu'avec difficulté qu'on put obtenir de lui de le laisser ouvert le temps nécessaire.

J'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'action du caustique avait d'abord éloigné tous les symptômes de la maladie; et après quelque temps, le malade

ayant resté dans le repos le plus absolu, et sans cause évidente d'aggravation, ils reparurent presque dans la même forme qu'auparavant, et avec leur intensité primitive. Dans quelques-uns de ces cas, leur réapparition doit s'attribuer à l'issue elle-même qui, par une cause que l'état présent de nos connaissances ne nous permet point d'expliquer, produit un effet apparemment opposé à celui qui avait eu lieu dans le principe. La plaie marchant vers la cicatrisation, les symptômes diminuent de nouveau, et le malade peut se regarder comme entièrement guéri, bien qu'elle ne soit pas tout à fait cicatrisée. La même observation peut se faire peut-être plus fréquemment, lorsqu'un vésicatoire a été pendant long-temps entretenu par l'onguent de sabine; et ici, si le vésicatoire est d'une grande étendue, le retour de la douleur est accompagné de la vitesse du pouls et de la saleté de la langue; mais le malade a moins à redouter cette irritation générale, lorsque le vésicatoire n'agit que sur la peau superficielle. Il est évident que c'est d'une haute importance, et le chirurgien ne saurait mettre trop de sagesse à déterminer si le caustique ou le vésicatoire peut être nuisible; alors on ne doit s'abstenir de laisser l'application plus long-temps.

Dans d'autres cas, lorsque les symptômes ont cédé à l'usage de l'issue par le caustique, il me

semble que l'on peut l'expliquer de différente manière. Les surfaces ulcérées de l'articulation sécrètent une très-petite quantité de matière, qui ne suffit pas pour empêcher que l'application du caustique ne produise d'abord un très-grand bien; mais la suppuration une fois établie, persévère jusqu'à ce qu'il se soit ramassé assez de pus pour causer la distention de la jointure et la reproduction des symptômes primitifs, malgré le remède qui, précédemment, les avait écartés. Ces cas ne sont pas rares, et font voir que le chirurgien ne doit point porter légèrement un pronostic trop favorable, parce que les effets immédiats du caustique, dans une semblable circonstance, lui auront paru satisfaisans; mais qu'il doit attendre et observer si ce bien peut durer, avant de prédire au malade un rétablissement certain.

Le traitement de l'abcès qui provient de cette maladie de l'articulation, est une question très-importante; mais elle est plus relative aux enfans qu'aux adultes. Les enfans peuvent guérir, et cela arrive souvent, même après une abondante suppuration; au lieu que c'est très-rare chez les personnes qui grandissent (a).

(a) On observera que je ne parle ici que de l'abcès d'une articulation, qui est le résultat de l'ulcération du cartilage, prise comme maladie primitive.

Je n'ai point trouvé que la méthode d'évacuer la matière, ainsi que le recommande M. Abernethy, dans son Traité de l'abcès des lombes (*on the lumbar abscess*), fût accompagnée de quelques bons effets dans le cas de la carie de l'articulation. En effet, si un abcès a lieu comme affection primitive, la maladie occupant les parties molles, rien ne peut prévenir la contraction de la tumeur, et la diminution graduelle de la quantité de pus évacuée à chaque ponction; mais lorsqu'il survient un abcès à la suite de l'ulcération des cartilages articulaires et des os, comme la cause de l'abcès existe également après et avant la ponction, la suppuration persistera nécessairement, et la contraction de la tumeur et l'oblitération de sa cavité ne pourront avoir lieu.

Dans quelques cas, j'ai été porté à croire qu'après l'application du caustique, la tumeur formée par l'abcès avait diminué d'étendue, comme si elle avait absorbé une partie du pus; cependant je n'ai point vu d'exemple d'une absorption complète, malgré les divers essais que j'ai fait pour produire un effet si désirable. Les émétiques, que l'on les administre pour exciter le vomissement, ou seulement pour donner des nausées, m'ont paru inutiles. L'électricité ne m'a jamais offert un avantage; elle semblait plutôt favoriser une sécrétion abondante de matière. Sachant que la com-

pression, dans certaines circonstances, augmente l'action des vaisseaux absorbans, dans deux cas, j'ai eu appliqué des bandelettes agglutinatives autour du membre, dans le but d'exercer la compression sur la matière contenue dans l'abcès. Il en résulta une prompte diminution de la tumeur externe; mais je ne tardai pas à m'apercevoir que cette diminution provenait, non de l'absorption, mais de l'agrandissement de l'abcès dans les parties internes du membre.

L'ouverture prématurée d'un abcès dépendant d'une articulation affectée, ne doit certainement pas être recommandée. J'ai toujours observé qu'un abcès de cette nature se cicatrise plus rapidement, et que son ouverture, soit naturelle, soit artificielle, s'accompagne de moins de suites fâcheuses, après que le malade a gardé quelque temps un repos absolu, et qu'il a subi les méthodes de traitement que je viens de mentionner, que lorsque l'abcès a été ouvert, immédiatement après que le malade s'est confié aux soins d'un chirurgien. L'explication n'en est pas difficile à donner; dans le dernier cas, au fond de l'abcès, il y a carie et ulcération de la surface de l'os; dans le premier, il est très-probable que la guérison a commencé, et que la surface ulcérée de l'os entre maintenant dans le travail de la granulation. Lorsque la maladie est négligée, et que les os ulcérés, aussi bien que

les autres parties, sont dans un état inflammatoire, on ne peut supposer en aucune manière que l'abcès puisse être dans des circonstances aussi favorables pour l'ouvrir, que lorsque l'inflammation a éprouvé un amendement par le repos et l'emploi des remèdes appropriés.

Un abcès, dépendant d'une articulation et particulièrement de la hanche, n'a point une forme régulière; mais il s'enfonce ordinairement par des sinus nombreux et tortueux dans les interstices des muscles, des tendons, des aponévroses, avant de se présenter sous les tégumens. Il est donc moins aisé de l'évacuer que celui qui est situé dans les lombes; et, en effet, on ne peut rarement le vider, sans refouler et comprimer le membre, afin de faire sortir la matière contenue dans les sinus. Mais il n'est pas toujours prudent d'en agir ainsi; car il peut s'en suivre des suites fâcheuses. L'inflammation se développe dans la poche purulente, et le pus s'y régénère promptement. Des vaisseaux sanguins se déchirent dans l'intérieur; l'évacuation rouge qu'ils fournissent, mêlée au pus nouvellement sécrété, se putrifie, et produit une irritation générale du système. J'ai vu des cas dans lesquels le malade, ayant été obligé de supporter de très-vives douleurs pour favoriser l'entière évacuation de la matière contenue dans l'abcès, et l'ouverture étant cicatrisée, la tumeur dans peu de

jours devint plus grande que jamais ; elle s'accompagnait de la douleur du membre et d'une fièvre qui présentait le caractère du typhus, et épuisait la vie du souffrant. On pratiqua une seconde ouverture ; il en sortit un pus putride, fétide et d'un brun rouge ; c'est à sa stagnation que doivent se rapporter tous les mauvais symptômes que l'on vient d'énumérer.

La pratique que je préfère à toutes, est la suivante : une ouverture, étant faite avec la lancette, le membre sera enveloppé avec une flanelle imbibée d'eau chaude ; l'on continuera ainsi jusqu'à ce que la matière cesse de couler. En général, lorsqu'il s'en est écoulé une certaine quantité, l'évacuation cesse ; si l'orifice se ferme, on doit le rouvrir quelque temps après ; mais lorsqu'il est arrivé qu'il ne s'est point cicatrisé, j'ai rarement vu qu'il ait été nuisible de le laisser ouvert.

J'ai déjà observé que le pronostic que le chirurgien doit former dépend beaucoup de l'existence ou de la non-existence de la suppuration. La formation même d'une très-petite quantité de pus dans l'articulation, en ce cas, diminue beaucoup chez les jeunes personnes, et exclut presque chez les adultes la possibilité d'une ressource préférable à l'amputation ; d'un autre côté, si l'abcès n'a point commencé à se former, il n'y a peut-être pas de maladie dans le domaine de la chirurgie qui

offre plus de chance de succès que celle-ci. On observera toutefois que l'on doit combattre les symptômes, tant qu'il y a encore quelques restes de la maladie, ou qu'il y a encore une disposition à la récidive ; et pour que la guérison soit permanente, il convient de continuer le traitement quelque temps après que le malade est guéri en apparence. Un gentleman, qui avait long-temps souffert de l'ulcération des cartilages de la hanche, se trouvant affranchi de toute incommodité, laissa cicatriser l'ouverture : les conséquences fâcheuses ordinaires ne se développèrent pas de suite; mais dans l'espace de deux ou trois mois, il commença à éprouver les symptômes de son premier mal. On pratiqua de nouveau une issue par le caustique, et il en résulta le même bienfait ; on la laissa ouverte pendant plus de douze mois, et alors s'opéra la cicatrisation. La dernière fois que je le vis, deux ou trois ans après la guérison du cautère, il jouissait d'une très-bonne santé. Toutefois c'est le seul cas de ce genre que je puisse citer en faveur de mon observation préémise.

Lorsque l'ulcération des cartilages a fait de très-grands progrès, et que le malade guérit sans avoir eu besoin d'amputer le membre, rarement il re-

couvre l'usage de l'articulation, même après un long temps, car les os qui la composent se trouvent unis par ankilose; mais si elle a été arrêtée dans un stade moins avancé, quand bien même la destruction des cartilages serait considérable, le malade peut espérer de conserver le mouvement naturel de l'articulation. Je n'ai examiné jusqu'ici aucun cas qui pût faire croire à la régéneressence des cartilages absorbés, et j'ai souvent senti et entendu le bruit provenant d'un froissement des surfaces dures des os dans le mouvement de l'articulation, qui ne permettait aucun doute sur l'absence des enveloppes cartilagineuses. Dans quelques cas, il se forme une couche compacte d'os sur la surface cariée, presque semblable à celle que l'on distingue dans l'os sain, après que la macération des jointures a détruit le cartilage. J'ai quelquefois, en disséquant, remarqué des espaces dénudés de cartilages, et en place il y avait une couche mince d'une substance dure et semi-transparente, d'une couleur grise, et présentant une surface irrégulière granulée. Il est à croire qu'ici la maladie primitive était une ulcération des cartilages. Dans la salle de dissection, en examinant un cadavre, je ne trouvai aucune trace de cartilages sur un des os de la hanche; mais c'était remplacé par une matière osseuse, d'une texture compacte, et d'une couleur blanche; elle était lisse et ressemblait

assez à du marbre. Je n'hésitai point à penser que c'était encore un cas dont la guérison n'avait eu lieu qu'après l'ulcération du cartilage: cette opinion fut fortifiée dans la suite par l'observation suivante :

XXIVe. OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente-six ans, fut reçue à l'hôpital St.-Georges, pour une douleur de la hanche et du genou du même membre; la fesse était devenue mince et applatie : un vaste abcès s'était ouvert, laissant un sinus qui communiquait avec l'articulation iléo-fémorale. La fièvre hectique survint, épuisa la malade et lui donna la mort.

En examinant le corps, je trouvai divers sinus dans le voisinage de la hanche, qui étaient en communication avec elle.

La membrane synoviale et le ligament capsulaire n'avaient subi d'autre altération dans leur apparence, que celle qui pouvait dépendre de l'abcès. Le cartilage était absorbé de toutes les surfaces articulaires, et était remplacé par une surface blanche et polie, semblable à celle que j'ai décrite plus haut.

SECTION IV.

Observations pratiques.

Les faits suivans, pris parmi plusieurs du même genre, doivent servir à éclaircir les observations contenues dans les dernières sections. Il ne paraît point douteux que la maladie ne soit l'ulcération des cartilages articulaires, puisque les symptômes correspondent exactement à ceux que l'on a observés dans les cas précédens, et que l'examen des traces pathologiques, après la mort ou après l'amputation, a donné les mêmes résultats. Il est bon d'observer que je n'ai point choisi les cas qui pouvaient être situés dans la hanche, ni être parvenus à leur dernier période, parce qu'il existe des faits assez nombreux relatifs à cette affection de l'articulation iléo-fémorale, répandus dans les observations publiées par M. Ford, et par d'autres écrivains : et que c'est principalement dans son invasion qu'il faut l'étudier, alors que le diagnostic est d'une plus grande importance.

XXXVe. OBSERVATION.

Mary Jenkins, âgée de vingt-un ans, en Mai 1809, reçut un coup sur l'un des genoux; bientôt après, une douleur de l'articulation, qui devint

insensiblement plus sévère, la fit entrer en Septembre de la même année à l'hôpital St.-Georges: d'autres maux s'étaient joints à celui-là, lorsqu'elle réclama les secours de l'art. Le D. Bancroft lui donna d'abord ses soins ; et le 9 Novembre elle passa à ceux des chirurgiens. A cette époque, le genou était un peu enflé; le gonflement avait la forme des extrémités articulaires des os, et paraissait plus gros qu'il ne l'était réellement par l'amaigrissement des muscles du membre. On ne sentait point de liquide dans la jointure. Elle se plaignait d'une violente douleur qui répondait principalement au côté interne de la tête du tibia, et que le mouvement aggravait beaucoup. Il n'y avait point de rougeur à la peau. Elle tomba dans l'émaciation et dans une légère fièvre hectique.

On pratiqua, à l'aide du caustique, une ouverture sur chaque côté du ligament de la rotule. Les cautères furent entretenus au moyen de pois, et l'on eut soin de toucher leur surface avec le caustique, tous les quatre jours.

A l'expiration d'une quinzaine, la douleur était très-abattue, et la malade pouvait mouvoir la jointure sans beaucoup de souffrance; le gonflement était presque nul.

Dans peu de temps la douleur disparut entièrement ; toutefois, Mary Jenkins ne quitta l'hôpital qu'au mois de Septembre de l'année suivante. A

cette époque elle était affranchie de tout symptôme dangereux, et recouvra l'usage entier de l'articulation.

XXXVIe. OBSERVATION.

John Reade, de l'âge de vingt-huit ans, se présenta à l'hôpital St.-Georges comme malade externe, le 4 Octobre 1811.

Il dit que les deux années précédentes, il avait été sujet à des douleurs dans le coude, qui quelquefois étaient vives; mais elles ne s'accompagnaient que d'un gonflement peu appréciable. A l'époque des conseils qu'il venait prendre à l'hôpital, la douleur de l'articulation était très-violente, surtout pendant la nuit; elle l'empêchait de dormir. L'épaule et le poignet étaient également douloureux, mais la douleur était peu de chose relativement à celle du coude; elle ne se faisait sentir que par intervalle. Le coude était légèrement tuméfié; la tuméfaction avait la forme des extrémités articulaires des os, et dépendait, non d'un fluide qu'elle aurait pu contenir, mais de l'inflammation qui s'étendait au tissu cellulaire externe. L'avant-bras était fléchi, et tout effort pour le mouvoir augmentait l'intensité des symptômes. Cet état donna lieu à une légère fièvre symptomatique.

On tira huit onces de sang de l'autre bras, et

le soulagement fut sensible, quoique peu considérable.

Le 8 Octobre, un cautère par le caustique fut pratiqué sur chaque côté de l'articulation.— Le 11 Octobre, la fièvre symptomatique avait disparu, ainsi que la douleur de l'épaule et du poignet; et celle du coude avait beaucoup diminué.—Le 16, les escarres tombèrent; les ulcères étaient ravivés de temps en temps par l'application du caustique: alors le malade se plaignit très-peu de la douleur; elle lui permettait de dormir pendant la nuit. Depuis ce temps il éprouva peu de souffrances; il recouvra graduellement l'usage du coude; et peu de semaines après, ne sentant plus de douleur, il cessa de venir à l'hôpital.

XXXVIIe. OBSERVATION.

Anne White, âgée de vingt-un ans, fut reçue à l'hôpital St.-Georges, le 8 Janvier 1814.

Elle dit que, trois mois avant son entrée, elle avait été saisie d'une douleur dans le genou gauche. La douleur fut d'abord légère, mais peu à peu elle augmenta de violence: dans moins d'un mois, après l'invasion de la douleur, la jointure se gonfla, mais légèrement. Une quinzaine environ avant son admission, elle avait ressenti une douleur dans le coude gauche, sans gonflement.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, le genou

était enflé, mais peu à la vérité; le gonflement avait la forme des os de l'articulation, et dépendait d'une collection de liquide dans le tissu cellulaire, et non d'un fluide contenu dans la membrane synoviale.

Pendant le jour, la douleur du genou était violente, mais non constante; elle avait lieu par accès qui duraient quelques minutes: pendant la nuit elle était plus permanente, et si vive qu'elle troublait cruellement le sommeil. Dans sa plus grande violence, la douleur se prolongeait et retentissait dans la cuisse et dans la jambe. L'articulation pouvait bien être mue, mais le mouvement aggravait la douleur. Il y avait une sensibilité extrême sur la partie interne du genou; la peau était légèrement plus rouge qu'à l'ordinaire, mais la rougeur était plus prononcée à un période qu'à l'autre.

La malade se plaignait aussi d'une douleur dans le coude, qui s'étendait supérieurement dans le bras, et inférieurement dans l'avant-bras; l'articulation n'était pas tout-à-fait gonflée. Anne White était tombée dans l'amaigrissement; sa langue était blanche, son pouls petit et vite, et quelquefois plein.

Aussitôt après son entrée, on appliqua sur le genou des sangsues qui calmèrent un peu la douleur. Le 11 Janvier, on ouvrit avec le caustique le coude des deux côtés, et le 13 du même mois on

fit la même opération sur le genou. — Le 17, la douleur du coude était presque entièrement éteinte ; celle du genou ne l'était pas tout-à-fait.

Les cautères furent entretenus par l'application réitérée du caustique. La douleur et le gonflement du genou disparurent insensiblement, et la malade revint à la santé. Les plaies artificielles ne se cicatrisèrent qu'à la fin de Mai ; à cette époque le gonflement du genou était effacé, et la douleur du genou et du coude avait cessé.

XXXVIIIe. OBSERVATION.

Un gentleman de l'âge de vingt-quatre ans, vers la fin de l'année 1816, ressentit dans les maléoles de la jambe gauche une légère douleur, qui s'aggravait surtout lorsque quelque chose obligeait les surfaces articulaires de la jointure d'agir l'une sur l'autre ; par exemple, lorsqu'en marchant dans la rue il lui arrivait de rencontrer avec le talon une pierre qui dépassait le niveau des autres. Il aperçut aussi un petit gonflement sur la partie antérieure et externe de l'articulation, au-devant de la maléole externe.

Le 6 Janvier 1817, se trouvant au bal, il dansa, et le lendemain la douleur s'était beaucoup aggravée. Cet exercice contribua aussi à amener la tuméfaction générale de l'articulation, qui s'abattit par le repos dans l'espace de vingt-quatre heures;

mais la douleur persista et augmenta tellement, que ce pied ne pouvait soutenir le poids du corps; il ne pouvait marcher sans l'aide de quelqu'un, et, quelque temps après, sans béquilles. Dans le mois de Mai suivant, un gonflement général s'empara de l'articulation, et on ne put venir à bout de le résoudre facilement.

Le 30 Juin 1817 il vint me consulter; il se trouvait dans l'état suivant:

Une légère tuméfaction générale et œdémateuse envahissait toute l'articulation; elle avait été déterminée par une petite inflammation du tissu cellulaire externe. Une douleur constante et grave répondait à la cheville du pied; elle augmentait lorsque le malade se tenait debout, et lorsque les surfaces cartilagineuses frottaient l'une contre l'autre, si la main placée derrière le talon les rapprochait. Des mouvemens convulsifs et douloureux du membre, l'empêchaient de dormir pendant la nuit.

Il était venu me consulter chez moi; en retournant à la maison il tomba de cheval, et se tordit le pied. Cet accident fut cause d'une inflammation, qui rendit tous les symptômes encore plus graves.

On lui conseilla de rester à la maison dans un repos absolu, et de ne jamais poser le pied à terre. On appliqua des sangsues et des lotions froides;

on répéta les sangsues. Ce traitement neutralisa l'inflammation occasionnée par l'accident, et diminua l'intensité de la douleur. A la fin d'Août, on apposa un vésicatoire sur chaque maléole, que l'on entretint avec l'onguent de sabine. Ces premiers vésicatoires guéris, on en appliqua d'autres que l'on entretint de la même manière; et dans l'intervalle des applications des vésicatoires, on enveloppa fortement l'articulation dans des bandelettes étendues d'emplâtre de savon.

Vers la fin de Septembre il se trouva si bien, qu'ayant quelques affaires qui exigeaient sa présence, il put sortir quelquefois en voiture.

Le 20 Décembre, on pratiqua à l'aide du caustique une issue derrière la maléole interne. Cette opération donna lieu à beaucoup d'irritation et de souffrance; en conséquence on laissa marcher la plaie vers la cicatrisation, une quinzaine environ après la chûte de l'escarre. Il en retira toutefois un grand bien, car dès qu'elle fut cicatrisée, il ne ressentit plus de douleur; le gonflement avait diminué.

Le 23 Mai 1818, il se trouvait dans l'état suivant: il était affranchi de toute douleur; il lui était possible de mouvoir l'articulation; il pouvait sans inconvénient supporter le poids du corps sur le pied. Il y avait encore quelques restes de gonflement. Lorsque l'articulation était mise en mouve-

ment, il était aisé d'entendre le bruit du frottement; et alors si on appliquait les doigts sur la jointure, ils recevaient l'impression de deux surfaces dures et raboteuses agissant l'une sur l'autre.

XXXIXe. OBSERVATION.

Mary Taylor, âgée de cinquante ans, fut admise à l'hôpital St.-Georges, le 3 Décembre 1809.

Elle dit qu'en Juillet dernier, elle avait éprouvé une violente entorse de l'épaule droite de la part de son mari, qui l'avait tirée avec force par le bras. Bientôt après elle ressentit de la douleur dans cette articulation, qui graduellement devint très-grave. A l'époque de son admission à l'hôpital, il n'y avait aucun changement dans l'apparence externe de l'épaule, ni le plus petit gonflement apparent; mais elle se plaignait d'une douleur constante et violente, qui s'aggravait toutes les fois qu'on essayait de lui mouvoir le bras. La douleur était si vive pendant la nuit, qu'elle ne pouvait dormir; il lui était impossible de se coucher sur le côté, qui était le siége de la maladie.

Le bras fut porté en écharpe; on appliqua un vésicatoire sur l'épaule, que l'on entretint au moyen de l'onguent de sabine.

Dans moins d'une quinzaine, les symptômes furent très-améliorés. Au commencement de Janvier 1810, elle n'avait que très-peu de douleur, et

dormait bien la nuit : vers le milieu de Février elle sortit de l'hôpital, libre de tous symptômes. Quoiqu'on lui eût conseillé de s'y présenter comme malade externe, pour entretenir plus long-temps le vésicatoire, elle ne reparut plus à la consultation, probablement parce qu'elle n'éprouvait aucune incommodité de sa maladie, et qu'elle ne jugeait point nécessaire de prolonger le traitement, puisque les symptômes n'existaient plus.

J'ai observé précédemment que l'ulcération des cartilages articulaires est assez souvent compliqué de l'inflammation de la membrane synoviale ; mais il arrive que tantôt c'est l'ulcération, tantôt l'inflammation qui est la maladie primitive. De même que la cornée de l'œil est dans quelques cas la cause, dans d'autres la suite de l'inflammation de la conjonctive. Dans le dernier période, lorsque l'organisation de l'articulation est complètement détruite, cette complication doit toujours exister : il serait superflu de prouver l'évidence de ce fait ; mais il arrive que les deux maladies se combinent dans le premier période, et avant que la suppuration s'établisse.

L'observation suivante, que je rapporte pour éclaircir ce point, démontre que l'ulcération du cartilage peut avoir été la maladie primitive et l'in-

flammation de la membrane synoviale consécutive : du moins les symptômes qui se présentèrent sont plutôt en faveur de cette supposition que de toute autre.

XLe. OBSERVATION.

John Child, âgé de trente-trois ans, en Avril 1814, ressentit une douleur dans un genou ; cette douleur ne fut d'abord que légère, mais petit à petit elle devint très-intense. Elle répondait principalement à la tête du tibia, sur les bords latéraux du ligament de la rotule. Au bout de cinq mois, pour la première fois, l'articulation se tuméfia, et le gonflement fut bientôt énorme ; dès-lors il se trouva dans la nécessité de ne plus quitter la chambre. On appliqua successivement cinq vésicatoires, et le gonflement et la douleur diminuèrent tellement, qu'au bout de trois semaines John Child reprit ses occupations habituelles. Néanmoins la douleur et le gonflement reparurent après cinq ou six jours, et c'est à cause de cela qu'il fut admis à l'hôpital St.-Georges le 26 Octobre.

A cette époque il se plaignait d'une douleur qu'il rapportait à la tête du tibia, sur les bords latéraux du ligament de la rotule. La douleur était si cruelle qu'il ne pouvait souvent fermer l'œil de la nuit : le genou était très-enflé ; une effusion de liquide dans la cavité articulaire était cause

de ce gonflement, qui avait la même forme que dans les cas ordinaires de l'inflammation de la membrane synoviale.

Le 29 Octobre on enveloppa l'articulation, dans presque toute son étendue, d'un vésicatoire.— Le 7 Novembre, le gonflement et la douleur avaient diminué. On appliqua un autre vésicatoire que l'on tint ouvert avec de l'onguent de sabine, jusqu'à la fin du mois; alors il se cicatrisa, et il fut remplacé par un troisième que l'on entretint de la même manière.— Le 2 Décembre il sortit de l'hôpital de sa propre volonté : la douleur à cette époque n'était presque rien, mais elle n'était pas tout-à-fait calmée; le genou n'était gonflé que légèrement, et le peu de gonflement qu'il y avait dépendait moins d'un fluide contenu dans l'articulation, que de l'épaisissement des parties molles, suite de l'état inflammatoire où elles avaient été portées.

CHAPITRE V.

Maladie scrophuleuse des articulations, ayant son origine dans la substance celluleuse (1) des os.

SECTION Ire.

Observations pathologiques.

Le terme scrophules, dans l'emploi qu'on en fait, présente rarement un sens bien précis; en effet, il n'est pas toujours aisé de déterminer quels sont ou quels ne sont pas les symptômes dépendans de cette maladie. On a eu l'habitude de regarder presque toutes les affections des articulations comme scrophuleuses; et je crois qu'il n'est pas impossible de démontrer que les personnes qui ont une prédisposition aux scrophules, sont, toutes

(1) Le mot celluleuse représente le mot anglais *cancellous* qui exprime dans les os toute substance qui n'est point la substance compacte. J'emploierai dans la même acception les mots celluleuse, spongieuse, etc.

choses égales d'ailleurs, plus sujettes que les autres, aux affections qui ont donné matière aux chapitres précédens (1). Cependant, comme ces symptômes se présentent très-fréquemment, lors même que la prédisposition n'existe pas, je ne pense pas qu'il soit absolument important de les considérer comme faisant nécessairement partie de la maladie, et qu'il soit plus convenable de les désigner comme scrophuleux, qu'il ne l'est d'appeler l'inflammation de la membrane synoviale une maladie *mercurielle*, parce que quelquefois elle naît de l'usage du mercure. Mais il y a une autre maladie qui se fixe sur les articulations, et qui possède tous les caractères des scrophules; elle a généralement lieu chez les individus qui ont une apparence scrophuleuse, et elle précède ordinairement ou elle marche avec les autres symptômes scrophuleux.

Dans cette maladie des jointures, la substance celluleuse est la partie primitivement affectée, et l'ulcération des cartilages qui recouvrent les surfaces articulaires n'est que secondaire. Les cartilages ulcérés, la marche subséquente de la maladie est, sous bien des rapports, de même que lorsque cette ulcération est primitive.

---

(1) Comment se fait-il que la guérison de la plupart des cas qui y sont rapportés soient dus à l'emploi seul des moyens locaux?

XLIe. OBSERVATION.

Thomas Scales, âgé de dix-huit ans, d'une habitude scrophuleuse, fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 18 Octobre 1815.

Il se plaignait d'une douleur qui correspondait à la partie interne d'un pied; la douleur était constante, et n'était pas assez forte pour l'empêcher de se promener comme à l'ordinaire. S'il y avait de la tuméfaction, il n'y en avait que très-peu; les parties n'étaient point sensibles au toucher: sa santé était dans un mauvais état; il offrait les symptômes d'une altération des fonctions du foie; ses urines étaient troubles, et déposaient un sédiment qui tachait en cramoisi rose (*gris de lin*) le vase qui les contenait. Il avait l'esprit lent et borné; à peine était-il capable de dire ce qu'il éprouvait. Ses paupières étaient un peu ulcérées sur les bords.

Pendant qu'on le traitait pour ces maladies, il fut pris d'une fièvre au commencement de Février 1816, dont il mourut le 1.er Mars.

On en fit l'autopsie, et le pied qui avait été le siége de la douleur, fut particulièrement examiné. Les os du tarse et du métatarse contenaient une si grande quantité de matière terreuse, et offraient une si grande mollesse, qu'ils permettaient au scalpel d'aller dans tous les sens sans obstacle et sans effort. Les surfaces tailladées des os, faites par l'instrument

étaient d'un rouge foncé, résultat évident de l'augmentation de vascularité ; les vaisseaux injectés de leur propre sang, laissaient des traces visibles de leur étendue des os aux cartilages, et donnaient à ceux-ci, en quelques endroits, une couleur rouge. Le cartilage enveloppant l'os cunéiforme, était dans sa partie qui forme l'articulation du gros orteil avec l'os du métatarse, ulcéré dans une petite étendue. L'ulcération avait commencé sur le côté du cartilage qui est en contact avec l'os, et la surface tournée vers l'articulation était entière. Les os du tarse étaient plus malades que ceux du métatarse, et ceux de la partie interne du tarse plus que ceux de la partie externe; les os de l'autre pied étaient affectés de la même manière, mais dans un moindre degré. Plusieurs des autres os furent examinés, et on les trouva presque dans leur état naturel.

XLIIe. OBSERVATION.

Le 21 Décembre 1814, ayant eu occasion d'examiner le cadavre d'un garçon âgé de dix ans environ, j'observai ce qui suit :

Les deux coudes étaient légèrement tuméfiés; sur le devant du bras droit, immédiatement au-dessus du coude, il y avait l'orifice d'un sinus qui se dirigeait en bas, obliquement dans la substance celluleuse de l'os, là où elle se termine sans

avoir de communication avec la cavité de l'articulation. La substance spongieuse des extrémités articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus, était si molle, que l'on pouvait facilement la broyer entre les doigts; elle était d'une couleur rouge, très-vasculaire, et contenait dans ses cellules un fluide rougeâtre mêlé avec la moelle. Les cartilages couvrant le radius et le cubitus, étaient dans un état naturel; celui de l'humérus était ulcéré en plus d'un endroit de la surface qui regarde l'os, tandis que la surface qui regarde l'articulation était entière. Les ligamens et la membrane synoviale étaient dans un état sain.

Les os du coude gauche se trouvaient dans un état semblable de maladie; les cartilages étaient entièrement détruits par l'ulcération, et les surfaces cariées de l'os étaient à découvert. Une petite portion de l'os nécrosé s'était exfolié dans la cavité de l'articulation où il est reçu. La membrane synoviale et les ligamens étaient détruits en grande partie; plusieurs sinus communiquaient avec l'articulation, et s'ouvraient au dehors.

En examinant le genou droit, qui extérieurement semblait n'être point malade et permettait un entier mouvement, on trouva la substance celluleuse de tous les os qui entrent dans sa composition, dans le même état maladif que les os du coude; comme eux ils étaient très-rouges et vas-

culaires ; ils contenaient une moindre quantité de matière terreuse qui s'écrassait avec la plus grande facilité. Dans l'intérieur de l'extrémité inférieure du fémur, entre les deux condyles, il se trouvait une partie qui semblait ne point renfermer de matière terreuse, et il y avait en conséquence un espace régulier qui ne contenait que très-peu de moelle et un fluide rougeâtre mêlés ensemble ; près de cette partie le cartilage n'adhérait que faiblement à l'os, et sa surface interne avait commencé à s'ulcérer.

Dans plusieurs autres articulations que l'on examina, on rencontra des traces de la même maladie, mais dans un période moins avancé.

XLIIIe. OBSERVATION.

John King, âgé de vingt-six ans, ayant les yeux bleus, les lèvres minces et le teint animé, fut admis à l'hôpital St.-Georges, le 1.er Juin 1811, pour une maladie des maléoles et du pied droit. Voici les détails qu'il m'en a donnés lui-même, et ceux que m'a fourni un jeune homme, étudiant la médecine, qui était dans l'habitude de le voir, avant qu'il fût reçu à l'hôpital.

Vers la fin de Mai 1810 il se démit le pied. Le coude-pied et les maléoles s'enflèrent et devinrent douloureuses; mais peu de jours suffirent pour apaiser ces accidens. Pendant l'été il avait éprouvé

une légère douleur et un peu de faiblesse dans ces parties, toutes les fois qu'il avait pris plus d'exercice qu'à l'ordinaire; mais au mois d'Octobre, on observa sur chaque côté des maléoles une légère tuméfaction; et la douleur, quoique plus forte, ne l'empêchait point de vaquer à ses occupations habituelles. Vers la mi-Décembre, la douleur étant plus violente, il fut obligé de garder la chambre pendant quinze jours; alors la douleur se calma, et le malade put marcher avec une béquille.

En Mars 1811, un abcès s'ouvrit sur la partie externe du pied, et ne fut point accompagné de grandes souffrances.

On avait déjà présumé qu'il était atteint d'une phthisie pulmonaire commençante; mais depuis que la maladie du pied faisait des progrès, celle des poumons ne donnait aucune inquiétude.

A l'époque de son admission à l'hôpital, il y avait un gonflement œdémateux des parties molles de tout le pied et des chevilles. Sur la face externe, on voyait trois ou quatre sinus qui s'étaient ouverts à différens périodes; il éprouvait très-peu de douleur, même en remuant ou en pressant le membre. Bientôt après son admission, un autre abcès se déclara sur la face interne du talon.

Le 11 Juillet, on fit l'amputation de la jambe. En examinant le pied, on trouva le tissu cellulaire distendu par du sérum et par la lymphe coa-

gulable. — Tous les os avaient subi un changement morbide, tel que celui qu'on a observé dans le dernier cas; cependant dans le cas actuel ils étaient plus mous et plus vasculaires.—Les cartilages des maléoles étaient tout-à-fait détruits par l'ulcération, et les surfaces osseuses se trouvaient dans un état de carie; les cartilages du tarse étaient entiers, mais en quelques points ils avaient une couleur rouge, sans doute parce que les vaisseaux remplis de sang, se portaient du corps de l'os à ces cartilages; les ligamens et les membranes synoviales des articulations du tarse et des maléoles étaient intacts, à l'exception cependant des points qui étaient touchés par les abcès.

XLIVᵉ. OBSERVATION.

Le malade qui a donné lieu à cette observation était un soldat de la garde du Cold-stream. J'avais eu occasion de le voir avant qu'il fût opéré; et je dois à la bonté des officiers de santé du régiment, l'histoire préalable de la maladie, et l'occasion d'avoir pu examiner l'articulation amputée.

William Miles, âgé de vingt ans, d'un tempérament délicat, ayant les cheveux roux et les pupiles dilatées, ressentit vers le milieu de Janvier 1808 une légère douleur que suivit bientôt le gonflement du genou gauche, siége de la douleur. En gardant le repos quelques jours, le genou se dé-

senfla, mais il se tuméfia de nouveau vers la fin de Mars; il y avait toujours peu de douleur.

Il fut reçu à l'hôpital du bataillon à Chatham, et au mois de Juin suivant, il fut envoyé à l'hôpital du régiment à Londres.

A cette époque, le genou malade était plus gros que l'autre de trois pouces. Le fluide était placé sur la partie externe de l'articulation, et semblait se porter jusque dans l'articulation elle-même. La jambe était dans l'extension, et le moindre effort pour la fléchir causait une grande douleur; mais d'ailleurs, la douleur qu'il éprouvait était insignifiante, ce n'était qu'un peu de malaise profondément situé dans l'articulation. Le 8 Juillet, un abcès s'ouvrit près le bord interne de la rotule, et laissa écouler huit onces environ de pus clair. Le 27 Juillet, on amputa le membre.

En examinant le genou, on trouva les extrémités articulaires du tibia et du péroné si molles, que l'on pouvait facilement les diviser avec un couteau ordinaire; elles contenaient beaucoup moins de matière terreuse que de coutume, et leurs cellules étaient remplies d'une substance jaune caseuse.

L'ulcération avait détruit, en certains points vers les bords, le cartilage qui couvre la tête du tibia. Celui du fémur était érodé dans une très-petite étendue, derrière les ligamens cruciaux. La rotule et son cartilage étaient intacts; une lymphe coagu-

lable, d'une apparence gélatineuse, s'était répandue dans le tissu cellulaire, et extérieurement à la membrane synoviale. On trouva du pus vers la surface externe et dans la cavité de l'articulation.

XLVe. OBSERVATION.

Charles Miller, de l'âge de vingt ans, ayant les yeux bleus, les cheveux blonds et la face légèrement colorée, fut reçu à l'hôpital St.-Georges, en Avril 1808, pour une maladie du pied.

Tout le pied était enflé et œdémateux ; il y avait deux sinus fistuleux qui s'ouvraient, l'un sur la partie externe, l'autre sur la partie interne, et laissaient écouler une petite quantité de matière *scrophuleuse :* une sonde introduite dans l'un et l'autre de ces sinus, pénétrait en quelques points jusqu'à l'os.

Le 16 Mai, le membre fut amputé au-dessous du genou.— En examinant le pied, on trouva les muscles pâles et amaigris par le défaut d'exercice, et le tissu cellulaire rempli de lymphe coagulable.

Les extrémités du tibia et du péroné, tous les os du tarse et les extrémités des os du métatarse, contenaient beaucoup moins de matière terreuse que de coutume. Le scalpel promené dans tous les sens ne trouvait que des parties ramollies ; elles étaient extraordinairement rouges et vasculaires, et avaient déposé dans les cellules une substance jaune caseuse. L'ulcération avait détruit, vers sa base, le

cartilage du cinquième os du métatarse : le même dégât s'observait également à la base des trois os intermédiaires du métatarse, et les surfaces osseuses mises à nu commençaient à s'exfolier ; les cartilages des autres os étaient intacts. Le pus et la lymphe coagulable s'étaient répandus dans le voisinage des os nécrosés et cariés, et dans les sinus qui communiquaient avec eux. Les membranes synoviales et les ligamens étaient dans un état naturel, à l'exception des endroits en contact avec les abcès.

XLVI. OBSERVATION.

James Miller, âgé de vingt-un ans, fut admis à l'hôpital St.-Georges le 21 Mai 1817, pour l'inflammation de l'iris, et pour quelques éruptions qu'accompagnait un ulcère du prépuce : pour cette complication de maux il avait subi un traitement mercuriel.

Vers la fin de Juillet, bientôt après l'usage du mercure, il se plaignit d'un peu de douleur dans les maléoles de la jambe gauche. Le gonflement eut lieu, un abcès se forma sur sa face externe, et s'ouvrit le 26 Septembre : un autre abcès s'étant formé peu de temps après, il s'ouvrit dans la partie interne. On observa que tant que les abcès se formaient, il y avait de la douleur, mais que dès qu'ils furent ouverts, elle cessa presque tout-à-fait.

Les abcès restèrent ouverts, et évacuèrent une matière dont la quantité diminua graduellement.

Vers le commencement d'Octobre, il se manifesta des signes de toux, et bientôt après se manifestèrent ceux des tubercules des poumons.

Au commencement de Décembre, il se plaignit pour la première fois d'une douleur dans le coude gauche; et en l'examinant, on vit qu'un abcès avait déjà fait quelques progrès; cet abcès se creva au commencement de Janvier 1818, et dès ce moment il ne se plaignit presque plus de la douleur du coude.

La maladie des poumons continuant ses progrès, l'expectoration purulente s'établit, et le malade mourut dans le mois de Mars suivant.

L'autopsie fit voir des tubercules dans presque toute l'étendue des poumons, et de nombreux abcès. Les os composant l'articulation du pied et de la jambe étaient très-vasculaires et très-ramollis, comme dans les cas précédens; on les coupait sans effort avec le scalpel, et on trouvait dans les cellules une petite quantité de substance jaune caseuse. L'abcès de l'articulation semblait avoir pris origine dans l'extrémité inférieure du péroné, et cet os avait une cavité qui, large assez pour recevoir le bout du petit doigt et creusée par les progrès de l'ulcération, formait le fond de l'abcès. Les deux abcès communiquaient avec l'articulation;

ses cartilages étaient presque détruits ; l'astragale et le tibia tenaient l'un à l'autre, et par la lymphe coagulable, et par ankilose ; l'abcès situé sur la partie externe du coude gauche communiquait avec cette articulation par une large ouverture ; les os étaient dans le même état pathologique que ceux qui unissent le pied à la jambe ; les cartilages étaient entièrement détruits par l'ulcération.

Le malade ne s'était jamais plaint du coude droit; cependant après la mort on découvrit un petit abcès sur la face interne, qui toutefois ne communiquait point avec la cavité articulaire, mais qui paraissait avoir pris naissance dans la substance de l'os, et s'être fait un chemin à travers le périoste.

La substance celluleuse des extrémités articulaires des os, qui composaient les articulations des genoux, des poignets, et de celle du pied et de la jambe, était très-ramollie et très-vasculaire ; mais aucun abcès ne s'ouvrait dans ces parties; les cartilages étaient intacts. Les os de la hanche et de l'épaule se trouvaient dans un état naturel.

Une glande de l'aine, qui s'était engorgée, fut trouvée convertie en une substance caseuse.

Les faits précédens suffisent pour éclaircir la nature et la marche de cette maladie. L'affection ma-

ladive semble naître dans les os qui deviennent très-vasculaires et contiennent moins de matière terreuse que de coutume, tandis que les cellules se remplissent d'abord d'un fluide transparent, et ensuite d'une substance jaune caseuse.

De l'os malade, les vaisseaux rouges s'étendent au cartilage, qui ensuite s'ulcère en certains points, et commence à la surface qui regarde l'os. L'ulcération du cartilage souvent procède très-lentement. J'ai vu un genou amputé à raison de cette maladie, dans lequel le cartilage était absorbé dans une étendue de la grandeur d'un six-pence. Quelquefois une portion de l'os carié se nécrose et s'exfolie.

A mesure que la carie des os fait des progrès, le pus se ramasse dans l'articulation ; enfin l'abcès s'ouvre à l'extérieur, après avoir tracé des sinus nombreux et tortueux. L'inflammation se manifeste dans le tissu cellulaire externe, donne lieu à une sécrétion séreuse, et ensuite à celle de la lymphe coagulable ; et de là provient un gonflement lâche et élastique dans le premier période, et un gonflement œdémateux dans le stade avancé de la maladie.

L'affection scrophuleuse n'attaque que les os ou les parties des os qui ont une texture spongieuse, comme les extrémités des os cylindriques, et les os du carpe et du tarse; dans ce cas les articu-

lations s'affectent par leur contiguité aux parties, qui sont le siége primitif de la maladie. Je n'ai jamais rencontré d'exemple de l'altération de structure que je viens de signaler, dans le crâne, ni dans le milieu des os cylindriques (*a*).

SECTION II.

Symptômes.

L'affection scrophuleuse des articulations attaque fréquemment les enfans, mais elle est rare

(*a*) On devrait observer si, dans quelques autres cas, outre ceux de l'affection scrophuleuse, les os sont plus ou moins altérés dans leur organisation naturelle. Quand un os offre une grande surface cariée, l'absorption de la substance calcaire ayant lieu quelquefois plus rapidement que celle de la matière animale, il devient très-mou dans le voisinage de la portion cariée; en même temps il contracte une couleur foncée, et une odeur fétide; cette odeur dépend de la matière putride contenue dans les cellules. Quelquefois un os perd de sa dureté ordinaire, parce que, comme il le paraîtrait, il reste trop long-temps enflammé; c'est ce que j'ai eu occasion d'observer deux fois; le crâne, dans un cas, avait été le siége d'une inflammation lente à la suite de l'usage du mercure, et dans l'autre à la suite d'une injure mécanique. Mais ici le ramollissement des os n'existait point au même degré que dans la maladie scro-

après treize ans. On la rencontre dans presque toutes les jointures ; la hanche et l'épaule y sont, de toutes, le moins sujettes (*a*).

Comme elle dépend d'une certaine condition morbide du système général, il n'est point surprenant de la rencontrer quelquefois dans plusieurs articulations à la fois, ni de la voir se manifester dans différentes articulations successivement, et se fixer dans une seconde jointure après avoir été chassée d'une première, ou en avoir été éliminée par l'amputation. On la trouve rarement, si ce n'est chez les individus qui ont les caractères de ce qu'on appelle *diathèse* scrophuleuse : et dans quelques cas elle est, ou précédée, ou accompagnée, ou suivie de quelques autres symptômes scrophuleux,

---

phuleuse, dont il vient d'être question, et il n'y avait point non plus la même rougeur de la substance celluleuse, ni un semblable dépôt de matière jaune et caseuse.

(*a*) La raison en est peut-être, que la hanche et l'épaule sont moins exposées à l'influence du froid extérieur qui, dans la plupart des cas, développe les maladies scrophuleuses. Ainsi, nous voyons que l'engorgement des glandes lymphatiques peut avoir lieu plus souvent dans le cou que dans l'aine et l'aisselle, qui sont ordinairement abritées par des vêtemens plus chauds.

tels que l'engorgement des glandes scrophuleuses du cou et du mésentère, ou tels que des tubercules dans les poumons. J'ai souvent été conduit à croire que l'invasion de cette maladie dans l'articulation a suspendu les progrès de quelque autre maladie, et peut-être d'une maladie plus grave (1).

(1) La phthisie pulmonaire est une des maladies dont les progrès destructeurs sont le plus souvent suspendus par une affection des jointures; mais ordinairement elle reprend son cours dès que celle-ci cesse d'avoir lieu. Bien que ces cas ne soient pas rares, je me permettrai cependant d'en rapporter deux: la première observation m'a rendu plus attentif à la seconde, dont il était facile de prévoir les résultats. Un jeune homme portait une grosse tumeur, située dans un des coudes. Les progrès rapides et alarmans de ce mal qui avait été déterminé par un seul coup reçu sur la partie, nécessitèrent l'amputation du bras. Deux ou trois jours après l'opération, survint une toux sèche, et le malade mourut d'une phthisie, comme le prouva l'autopsie; tout le poumon droit était tuberculeux, et offrait des foyers de suppuration; l'autre ne présentait que les traces d'une péripneumonie qui, sans doute, avait hâté la mort du malade. Personne, je pense, ne croira que le coup reçu sur le bras, qui avait déterminé la maladie articulaire, ait aussi déterminé l'état phthisique du malade; car il est impossible qu'une si légère cause ait pu produire de si terribles effets: le jeune homme était menacé, s'il n'était déjà frappé, de phthisie; il avait eu des toux plus ou moins longues;

Il est probable que l'on confondra plutôt la maladie scrophuleuse avec celle qui a fourni matière au dernier chapitre, qu'avec tout autre. Sous certains rapports, leurs symptômes ont quelque analogie ; cependant ils offrent des différences qui, je crois, doivent suffire au praticien soigneux et

---

il avait souffert de temps en temps de la poitrine ; il avait une faible constitution ; tout annonçait en lui une autre affection organique cachée, mais aucun symptôme n'en indiquait le siége : elle semblait fixée sur l'articulation. Si la phthisie n'avait daté que de l'invasion de la tumeur, le poumon droit n'aurait pas offert des tubercules qui attestaient douze ou quinze mois de maladie.

Un autre jeune homme, jardinier, âgé de vingt-quatre ans, a actuellement une affection articulaire du poignet droit. Sa physionomie et son corps portent quelques caractères d'une affection de poitrine. Vers la Noël 1818, il fut atteint d'une toux, accompagnée de quelques légers symptômes de phthisie ; cette toux dura jusqu'au mois de Mars suivant 1819 ; le 18 de ce mois, elle s'arrêta tout-à-coup, et le 22, il éprouva une douleur vive dans le poignet ; le lendemain tout le bras était énormément gonflé ; des émolliens firent disparaître ce gonflement, et au bout de trois ou quatre jours il fut réduit au grand amaigrissement où il est aujourd'hui. Pendant les mois d'Avril et de Mai il mit en vain tous les moyens en usage ; le mal faisant de grands progrès, il se décida à venir à l'hospice de perfection-

exact dans ses observations, pour le mettre à même d'établir un diagnostic positif ; du moins dans les cas où la maladie locale n'est point tellement avancée, et où la constitution générale n'est pas tellement affectée, qu'il suffise alors de porter un diagnostic indifférent.

Tant que la maladie fait des progrès dans la substance celluleuse des os, avant de se porter aux

---

nement, le 24 Mai. Tout le temps qu'il y resta, il mit chaque matin, pendant une ou deux heures, son bras dans un bain émollient de racine de guimauve ; le reste du temps le membre fut tenu sous l'action d'un bandage méthodiquement compressif : et l'on continua le même traitement jusqu'à ce qu'il dût se décider à l'amputation ; opération qu'on lui proposa, sans beaucoup insister, peu de jours après son entrée. S'y étant refusé, il ne tarda pas à prendre son exéat ; depuis lors, je ne l'ai plus revu.

Si jamais on vient à faire l'amputation, la vie du malade courra des dangers presque certains, parce qu'il arrivera, comme dans l'observation précédente, que la phthisie reprendra son cours avec plus d'intensité : et alors la mort pourra être prochaine, attendu que le mal se compliquera de tous les accidens d'une cruelle opération. Si l'on n'opère point, l'individu ne vivra que quelques jours de plus, la maladie articulaire fera des progrès, la fièvre hectique s'allumera, le malade tombera dans le marasme et succombera. Puisque la mort est si imminente, on doit faire l'amputation avant l'épuise-

autres tissus, et tant qu'il n'y a pas encore de signe évident de gonflement, le malade éprouve une légère douleur, qui cependant n'est jamais assez intense pour causer des accidens fâcheux: souvent elle est si peu active et si peu sensible, qu'il la sent à peine venir.

Après un certain temps, qui peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, les parties ex-

---

ment des forces; il faut courir la seule chance de guérison qui reste; il faut tâcher de s'opposer au retour de la phthsie, en établissant, quelques jours avant l'opération, un cautère à chaque bras : l'analogie de la maladie qui prescrit l'amputation indique cette ressource; l'usage d'une pareille pratique chez les poitrinaires ne dément point une semblable précaution. Et d'ailleurs ne peut-on pas encore espérer, quand il est possible de retarder l'opération, que l'ankilose terminera la maladie de la jointure, si l'ulcération des cartilages n'est pas déjà trop avancée pour s'opposer à cette soudure des parties articulaires.

Ces observations peuvent s'appliquer, je crois, à ces femmes enceintes dont la grossesse a suspendu les symptômes d'une phthisie commençante: cet état de gestation est, à l'égard de l'affection de poitrine, dans le même cas que la maladie articulaire; et n'est point, ainsi qu'on le prétend ordinairement, un bienfait de la nature qui suspendrait momentanément un mal pour donner la vie à un nouvel être. Il est permis de douter ici que ce bienfait en soit un : car est-ce un bienfait que l'existence pour celui qui serait condamné à traîner une vie accompagnée des symptômes de la phthisie?

ternes de l'articulation commencent à sympathiser avec les internes; et le serum et la lymphe coagulable s'épenchant dans le tissu cellulaire, la jointure grossit. Le gonflement est œdémateux et élastique; et quoique au même période il soit ordinairement plus volumineux, dans les cas où l'ulcération des cartilages a lieu comme maladie-primitive, il ne l'est ici qu'en apparence, parce que les muscles d'un membre qui ne prend pas d'exercice ne se sont pas également amaigris. J'ai observé que dans les enfans le gonflement est dans le premier cas ordinairement moins étendu, et un peu plus ferme au toucher que dans les adultes.

Quand on n'a pas eu de soupçon sur la préexistence d'une maladie articulaire, le gonflement, lorsqu'il a lieu, la dévoile toujours. Si le malade est un enfant, il n'est pas rare que le gonflement soit la première chose que découvre la garde ou les parens. Cela suffit pour nous engager à plus d'attention: l'enfant boîtera en marchant, si la maladie est dans les extrémités inférieures, et se plaindra en certaines occasions de quelque douleur.

J'ai dit que le gonflement est œdémateux et élastique; et d'après les remarques que l'on a faites dans les premiers chapitres, il est inutile d'indiquer plus particulièrement la différence qu'il présente avec le gonflement qui a lieu dans les cas de l'inflammation de la membrane synoviale. Le

gonflement augmente, mais non uniformément, il devient plus volumineux après un grand exercice du membre, que lorsqu'il a été tenu pendant long-temps dans un repos absolu.

A mesure que le cartilage continue à s'ulcérer, la douleur devient un peu plus sensible; mais elle n'est aiguë que lorsque l'abcès s'est formé, et que les parties qui touchent l'abcès sont distendues et enflammées; alors la peau prend une couleur rouge foncée ou pourpre. L'abcès est lent dans sa marche; lorsqu'il s'ouvre ou qu'on en fait l'ouverture, il en sort un pus clair mêlé à des matières de substance caillée. Après cela, l'évacuation est moins abondante, et devient plus épaisse; elle finit par ressembler à la matière caseuse qui se trouve dans les glandes absorbantes *scrophuleuses*.

Dans la plupart des cas, plusieurs abcès se manifestent successivement, mais à divers intervalles; les uns guérissent, les autres demeurent ouverts en forme de sinus fistuleux, et laissent reconnaître la carie de l'os au moyen d'une sonde.

La maladie reste souvent dans cet état plusieurs mois, et même beaucoup plus long-temps, sans que la constitution en soit physiquement dérangée. Dans les cas les moins heureux, la fièvre hectique s'empare du malade; elle l'épuise insensiblement, et il y succomberait si l'on n'en emportait la cause par l'amputation. D'autres fois, le mal

marche vers la guérison, les sinus se ferment, l'œdème disparaît, et le malade enfin recouvre l'usage du membre avec ou sans ankilose, relativement à l'étendue de la destruction des surfaces articulaires; mais la guérison sera toujours longue, si le mal n'est arrêté dans son premier période. Il n'est pas rare de voir un individu avec une articulation scrophuleuse dans un état d'ankilose imparfaite, n'ayant qu'un sinus ouvert, et attendre plusieurs années avant même que la guérison par ankilose soit complète. La chance de la dernière terminaison n'est pas la même pour toutes les articulations; et j'ai eu occasion d'observer qu'elle est surtout plus rare, lorsque la maladie se porte simultanément sur les articulations de la main et du pied, que lorsqu'elle est située dans celles qui, quoique plus vastes, sont d'une nature plus simple.

La principale différence qu'il y a entre les symptômes qu'on vient d'énumérer, et ceux qui se rencontrent dans les cas où l'ulcération des cartilages est la maladie primitive, consiste dans le degré de douleur; elle est moindre dans la maladie qui nous occupe que dans l'autre.

Il y a lieu, en effet, d'être surpris que dans les cas de cette affection scrophuleuse, les souffrances soient si peu de chose en proportion de la grandeur du désordre local. Le plus souvent la douleur

n'est très-vive que lorsqu'un abcès se présente sous la peau, et elle s'abat, si l'abcès est ouvert immédiatement. Il n'y a jamais cette douleur grave qui épuise les forces physiques et morales du malade, comme dans le cas de l'ulcération du cartilage, si ce n'est lorque, dans le stade le plus avancé de la maladie, une portion d'os ulcéré s'est nécrosée, et que des morceaux tombés dans l'articulation par le travail de l'exfoliation, irritent les parties avec lesquelles elles sont en contact, et deviennent ainsi l'origine d'une souffrance continuelle.

Il y a d'autres circonstances, outre ce moindre degré de douleur, qui, quoique insuffisantes en elles-mêmes, n'en sont pas moins utiles dans la formation du diagnostic : tels sont l'aspect général et la constitution du malade qui peuvent l'avoir disposé à d'autres symptômes scrophuleux ; la marche très-lente de la maladie ; le mode de suppuration qui, ne reconnaissant qu'un seul foyer de matière, produit néanmoins une succession d'abcès.

Il est peut-être encore plus difficile de distinguer cette maladie à la hanche que dans toute autre articulation ; car l'apparence de la fesse, la position et l'altération du membre dans sa longueur, offrent en grande partie le caractère de la maladie qui a été le sujet du dernier chapitre. Encore même ici nous ne serons capables de distinguer la nature

réelle du mal, qu'en faisant attention aux circonstances détaillées plus haut. Une fille était atteinte d'une affection de l'articulation iléo-fémorale ; la fesse était dans un état d'appauvrissement ; le membre s'était raccourci, et un abcès s'était ouvert sur la face externe de la cuisse ; mais on observa qu'elle avait comparativement moins souffert, et qu'elle se plaignait beaucoup moins qu'il n'est ordinaire dans la combinaison de ces symptômes. Elle mourut ; et lorsque je fus au point de l'examiner, je dis aux personnes présentes que la source de la maladie devait se trouver, non dans la surface cartilagineuse, mais dans la substance celluleuse de l'os. Les résultats de l'autopsie vérifièrent cette remarque. Les cartilages étaient ulcérés, et les os eux-mêmes détruits dans une certaine étendue ; ceux-ci étaient mous ; le scalpel les divisait facilement : et en coupant longitudinalement l'extrémité articulaire du fémur, on vit une collection considérable de pus épais dans le col de cet os et au-dessous de la tête, qui ne s'était pas tout-à-fait écoulé, ou qui s'était écoulé en transsudant à travers les cellules interposées entre la tête fémorale et la cavité articulaire.

SECTION III.

Traitement.

En entreprenant la cure de la maladie scrophuleuse des articulations, il est nécessaire de ne point perdre de vue qu'elle dépend d'une certaine condition morbide de tout le système. Il paraît sensé de s'attendre, lorsque l'affection locale existe déjà, que les remèdes locaux seront utiles pour arrêter sa marche; mais qu'en dernier résultat, les remèdes qui agissent sur la constitution du malade sont d'une grande importance, s'ils ne sont pas plus importans que les moyens locaux.

Je ne dirai point que la saignée locale ne soit jamais avantageuse, mais elle ne l'est certainement pas dans le commun des cas. L'état de la substance celluleuse des os approche de celui de l'inflammation, et les cartilages, avant de s'ulcérer, feraient croire qu'ils sont enflammés; mais l'inflammation est d'une nature spécifique, et semblable à l'inflammation scrophuleuse dans d'autres parties; elle ne peut être diminuée par la saignée au même degré que l'inflammation ordinaire. J'ai rarement obtenu quelque avantage des vésicatoires et des linimens stimulans, et même de l'emploi des issues par le caustique : moyen d'ailleurs si avantageux dans plusieurs autres maladies.

Les lotions froides paraissent s'opposer quelque peu à l'extension de la maladie des os aux autres tissus, et retarder le développement de la suppuration; c'est dans le premier période du mal qu'on les emploiera avec avantage.

Mais à ce période, comme à tout autre, rien n'est d'une importance si grande que le repos absolu de l'articulation. Tout mouvement, tout frottement des surfaces articulaires l'une contre l'autre, peut favoriser l'ulcération des cartilages, et hâter la formation des abcès. Nous ne pensons pas, toutefois, que ce repos contribue à améliorer l'état scrophuleux des os eux-mêmes; mais il peut faire beaucoup, s'il empêche la maladie de se porter sur d'autres parties. Je ne veux point dire que dans tous les cas le malade doive garder pendant longtemps un parfait repos; mais certainement il doit abstenir, autant que possible, le membre de tout mouvement, de tout exercice, tant qu'il ne nuira pas à l'état de sa santé et à l'amélioration de sa constitution. Si la maladie est dans une extrémité inférieure, il ne doit jamais porter le poids du corps sur le pied du membre affecté; il ne devrait jamais marcher sans béquilles; et l'on devrait, s'il était possible, le promener au grand air dans une voiture ouverte, mais plutôt de toute autre manière. Si le mal est dans une extrémité supérieure, la main et l'avant-bras seront portés en écharpe.

Dans quelques cas, il conviendra de tenir la jointure malade fixée au moyen de deux attelles de carton et d'un bandage.

Pendant la formation des abcès on emploiera, pour hâter leur marche et calmer la douleur, des fomentations et des cataplasmes, et on les continuera long-temps après leur ouverture; ou, selon les circonstances, on se contentera d'appliquer un simple pansement.

Lorsque, plusieurs abcès s'étant établis, la suppuration semble s'épuiser et que l'articulation se détuméfie, la guérison par l'ankilose ne doit point tarder à commencer. A ce période, ce n'est pas sans succès que l'on exercera la compression sur le membre avec un bandage circulaire, étendu de cérat, de savon, ou de tout autre emplâtre modérément adhésif. Ainsi on secondera la guérison des sinus; et en empêchant tout mouvement de l'articulation, on préviendra le renouvellement de la suppuration, et on favorisera l'union des surfaces osseuses ulcérées.

Si une partie de l'os a perdu son principe de vie, et que l'exfoliation s'opère dans la cavité de l'articulation, la chance de la dernière solution de la maladie diminue beaucoup. Le plus souvent, l'os mort s'embarrasse tellement dans les parties vivantes, qu'il est impossible qu'il en soit séparé par une action naturelle; et tout moyen artificiel

auquel on aura recours pour le détacher, renouvellera l'inflammation et l'abcès. Il faut observer toutefois, que, bien que l'os soit dénudé au fond du sinus, il ne doit pas pour cela subir rigoureusement l'exfoliation; et s'il n'est que simplement ulcéré, il peut se granuler et guérir : ainsi donc un chirurgien qui porte un pronostic décidément défavorable, n'est pas toujours bien fondé, parce qu'il aura découvert avec la sonde un morceau d'os dénudé.

Quant au traitement général, tout le monde sait qu'une ville resserrée, populeuse, est toujours plus ou moins malsaine; et qu'il est sans doute plus avantageux de demeurer sur le bord de la mer que de vivre à la campagne. Le malade doit être tenu à un régime simple; il devra en été se tenir en plein air autant que possible, et ne point exercer le membre. Ce genre de vie doit être, sous tous les rapports, régulier et uniforme.

Il est plus difficile d'apprécier la puissance des remèdes dans une maladie aussi chronique que dans les maladies aiguës (1) : mais parmi ceux que

(1) En général j'ai toujours cru le contraire; car s'il y a une médecine expectante, c'est dans les maladies aiguës, et s'il y a une médecine agissante, c'est dans les maladies chroniques. De mauvais résultats provenant de la fausse indication d'un remède dans les affections chroniques peuvent en quelque sorte être réparés, tandis qu'une

j'ai mis en usage, il m'a paru que les préparations de fer sont beaucoup plus efficaces que les autres. Mais on doit les continuer pendant long-temps; et pour en obtenir les effets, il est nécessaire en général d'en donner successivement différentes préparations; ainsi par la variété on élude la répugnance du malade. Ordinairement on en suspend l'administration, si ce médicament venait à provoquer un mouvement fébrile de tout le système, ou si ce mouvement de fièvre reconnaissait pour cause la formation d'un abcès; dans ces circonstances on lui substituera avec avantage les acides minéraux. En général, dans les enfans, on combine utilement la méthode de traitement préémise, avec l'administration des purgatifs mercuriaux.

Si l'organisation de l'articulation est entièrement détruite, et que la constitution se détériore tellement que la santé du malade s'épuise évidemment, on ne doit point hésiter à faire l'ablation de la maladie locale; mais l'utilité de cette opération sera

imprudence semblable commise dans une maladie aiguë est toujours meurtrière, si la nature n'a que de faibles ressources à lui opposer. Que l'on réfléchisse au caractère, au développement, à la marche, à la complication et à la terminaison de ces deux classes de maladies, et à toutes les circonstances qui peuvent les modifier, on en sentira la raison et les conséquences.

souvent modifiée par d'autres circonstances. Jusqu'ici la santé du malade n'a pas été, ou n'a été que très-peu compromise ; l'état de l'articulation est tel que la guérison est ou n'est point douteuse ; et il est certain que l'ankilose est l'accident le plus favorable qu'on puisse attendre : il faudra même un laps de temps très-considérable. La chance de la conservation d'un membre imparfait suffit-elle pour dédommager le malade de la peine, de la douleur et des sollicitudes qu'il doit éprouver avant d'en arriver à ce point ? Non sans doute, surtout pour les individus appartenant à la classe inférieure de la société, qui ont besoin du travail de leurs mains pour vivre. Cependant il y a encore d'autres circonstances que l'on doit prendre en considération, avant de décider convenablement cette question. Une fille fut admise à l'hôpital Saint-Georges pour la maladie dont il s'agit, située dans les os et les articulations du tarse. Son pied fut amputé par M. Griffiths, et au bout environ de trois semaines le moignon fut entièrement guéri ; mais alors elle ressentit les symptômes qui indiquent une affection des glandes mésentériques, qui auparavant ne s'étaient point manifestés, et dont elle mourut. L'autopsie fit voir un grand nombre de glandes mésentériques engorgées, et remplies d'une substance caseuse. Une autre fille, dont je fis l'amputation du bras pour une maladie scrophu-

leuse du coude, éprouva précisément les mêmes symptômes, immédiatement après la guérison du moignon : elle mourut, et l'examen cadavérique me montra les mêmes apparences. Un homme dont on amputa la jambe pour une maladie scrophuleuse du tarse, peu de temps après l'opération, commença à se plaindre des symptômes d'une pneumonie commençante ; et bientôt après, l'autre pied s'affecta de la même manière. Ces faits, pris entre plusieurs autres, conduisent à cette conclusion : que cette maladie scrophuleuse, accidentelle dans une articulation particulière, est une maladie préservatrice d'une disposition scrophuleuse qui pourrait se porter sur quelque organe important ; que si la jointure affectée est amputée, il peut y avoir plus de danger dans la maladie qui se manifestera partout ailleurs, que si l'opération n'avait pas été pratiquée. Je ne sais si ces considérations suffiront pour défendre au chirurgien une opération qui, dans tous les cas, n'est point présentement et incontestablement nécessaire pour sauver la vie du malade ; mais certainement elles sont suffisantes pour le rendre assez prudent pour ne point la recommander et la hâter avec trop d'autorité ; elles font voir combien il est sage de différer dans certains cas. Peut-être qu'après un ou deux ans, et plus s'il le faut, en faisant usage de remèdes appropriés, en portant une attention raisonnée dans le

régime et dans la conduite de la vie, et surtout le changement que doit produire dans la constitution d'un jeune individu ce simple laps de temps, peut-être que la santé générale du malade s'étant améliorée, l'articulation malade pourra être amputée, sans courir le risque d'une cruelle maladie qui aurait pu se manifester dans un période moins avancé.

SECTION IV.

Observations pratiques.

Plusieurs faits rapportés dans la première section, servent à expliquer les principales circonstances de cette affection scrophuleuse des articulations, dans son état le plus critique.

Les suivans l'exposeront dans des périodes moins avancés, où elle est encore susceptible de guérison. Il est à croire qu'ici la maladie primitive consistait dans cette condition morbide de la substance celluleuse des os que l'on a déjà énoncée, puisque les symptômes correspondent exactement à ceux qui se sont présentés dans d'autres cas, et que l'autopsie a prouvé qu'ils tenaient de cette nature.

XLVIIe. OBSERVATION.

William Moulds, âgé de six ans, fut admis à

l'hôpital St.-Georges, le 23 Février 1814, pour une affection scrophuleuse.

Son genou gauche était un pouce et demi plus gros que l'autre ; le gonflement était plein et élastique, sans fluctuation ; il avait presque la forme des extrémités articulaires des os, mais il remplissait l'espace de chaque côté de la rotule et du ligament. L'articulation admettait un mouvement considérable, sans cependant que la flexion et l'extension fussent complètes. Le malade éprouvait de la douleur qui était plus vive pendant la nuit, mais jamais très-intense ; elle s'aggravait quelque peu par la pression.

Ses parens attribuaient la douleur à une légère contusion, qu'il avait reçue un an auparavant ; bientôt après on remarqua un peu de souffrance et de tuméfaction, qui depuis avaient toujours persisté, et avaient pris de l'augmentation, surtout dans le dernier mois.

Au moment de son admission, il fut jugé à propos de tirer du genou du sang par les sangsues et les ventouses, afin d'abattre l'inflammation externe. On appliqua des lotions froides, et on lui prescrivit un gros de vin ferrrugineux, avec quelques gouttes de teinture de muriate de fer à prendre trois fois par jour. Le 3 Mars, on appliqua au genou un bandage enduit de cérat de savon, dans la

vue surtout de borner les mouvemens de l'articulation, sans embarrasser ceux du corps.

Le 20 Mars, le gonflement avait diminué quelque peu, et le malade ne ressentait plus de douleur. — Le 1er. Avril, il se trouvait mieux sous tous les rapports; et comme la première préparation de fer commençait à le dégoûter, on lui substitua dix grains de carbonate de fer, trois fois dans le jour. — Le 20 Avril, on apercevait à peine du gonflement dans l'articulation : il n'y avait ni douleur, ni roideur : alors il sortit de l'hôpital.

XLVIIIe. OBSERVATION.

A. B., garçon d'une belle figure, ayant les yeux bleus et les cheveux blonds, dans l'année 1806, eut un engorgement de quelques glandes du col qui entrèrent en suppuration.

Dans le mois de Juin 1810, âgé alors de huit ans, on le vit boîter en marchant; mais il ne se plaignait d'aucune douleur, et l'on fit peu d'attention à cette circonstance.

Dans le commencement de Décembre 1810, on s'aperçût d'une légère tuméfaction dans le coude-pied gauche et dans les malléoles. Vers la fin de ce mois, il reçut un petit coup sur ces parties; et alors la douleur des malléoles, qui avant était si peu de chose, devint plus considérable, et s'opposa

à la marche. La personne que l'on consulta prescrivit l'application des vésicatoires, mais il n'en résulta aucun soulagement.

Dans le milieu de Janvier 1811, lorsque je fus consulté pour la première fois, il y avait gonflement élastique sur chaque côté des malléoles et du coude-pied; dans le plus parfait repos, l'articulation était presque exempte de douleur; mais le moindre effort pour la remuer réveillait une douleur plus considérable, qui même s'aggravait principalement, lorsque le talon était poussé contre les os de la jambe. D'ailleurs, la santé était parfaite.

Je lui prescrivis le sulfate de fer, pris intérieurement, et l'interdiction de tout exercice du membre; il ne devait marcher qu'avec des béquilles, sans appuyer le pied à terre. On fit l'application de compresses enduites de cérat de savon, afin de borner le mouvement.

Je ne revis le malade qu'au commencement de Mars; alors la douleur et le gonflement avaient diminué quelque peu. Comme les compresses ne répondaient pas suffisamment au but qu'on se proposait, on appliqua une attelle de carton sur chaque côté de la jambe et du pied, qui fut contenue par un bandage.

Le 12 Avril, le gonflement avait évidemment diminué, et il n'y avait plus de douleur, même

lorsque le talon se trouvait poussé contre le tibia. On continua le même traitement.

Le 26 Mai, le gonflement avait diminué davantage; et le 29 Juin, le pied et le bas de jambe du membre affecté différaient à peine en apparence de l'autre. Il n'y avait plus de douleur, même en faisant du mouvement. Les attelles furent suspendues, mais non le bandage; on permit alors de poser quelquefois le pied à terre.

Le 20 Juillet, le malade se trouvant bien, on conseilla de le conduire dans un port de mer, où il dut continuer les préparations ferrugineuses, et où il dut prendre deux bains de mer par semaine.

XLIXe. OBSERVATION.

Georges Lavel, âgé de neuf ans, d'une apparence scrophuleuse, en Janvier 1817, se plaignit d'une douleur dans le coude gauche; et deux ou trois mois après, environ, on s'aperçut du gonflement de l'articulation. En Mai 1817, il fut reçu à l'hôpital St.-Georges comme malade externe. A cette époque le coude était enflé et douloureux, mais la douleur dépendait surtout d'un abcès qui faisait saillie sous la peau. Dès que l'abcès se fut ouvert, on vit que le gonflement qui existait hors de sa dépendance n'était point considérable, et qu'il provenait entièrement d'une effusion de sérum

et de lymphe coagulable dans le tissu cellulaire externe. Depuis ce temps, il se plaignit peu de la douleur jusqu'au commencement de Janvier 1818, époque à laquelle il survint un autre abcès sur la face externe du coude. Le 28 Janvier il entra à l'hôpital comme malade interne; alors l'articulation n'avait qu'un mouvement très-borné. Toutes les fois qu'elle était mise en action, ou que les surfaces articulaires frottaient l'une contre l'autre, il se plaignait de quelque douleur, mais elle n'était pas grave. Il tenait l'avant-bras dans une position demi-fléchie, et se promenait le bras tenu en écharpe, sans beaucoup d'inconvénient.

Au commencement de Février, on lui prescrivit six grains de carbonate de fer, trois fois par jour : de temps en temps on lui administrait une purgation de calomel et de rhubarbe. L'abcès s'ouvrit, et l'on appliqua un cataplasme.

Le 1.er Mars l'articulation était plus petite, mais il y avait fièvre et douleur pendant la nuit. — Le 21 Mars le gonflement avait beaucoup diminué, la douleur était tombée; le sommeil se trouvait bon, et il n'y avait plus de fièvre. — Le 15 Mai la douleur reparut avec un abcès, qui s'ouvrit le 19 Mai sur la face externe, lieu où il s'était montré. Un quatrième abcès eut lieu sur le devant du coude, et se creva le 23 Juin. — Le 4 Juillet il n'y avait que peu ou point de gonflement; la fièvre

avait disparu, et les abcès toujours ouverts évacuaient une très-petite quantité de matière.

Les cataplasmes et les fomentations qui, jusqu'ici, avaient été employés pendant la formation des abcès, furent alors supprimés; et ils furent remplacés par de simples compresses et un bandage. Le gonflement continua à diminuer, et il ne reparut ni abcès ni douleur. Le 4 Septembre la jointure n'était pas plus grosse que l'autre ; elle était capable d'un mouvement beaucoup moins borné ; la douleur n'y était plus ; mais il y avait encore un sinus qui n'était pas entièrement fermé, et qui évacuait une quantité de matière presque imperceptible : pour les autres abcès, ils étaient complètement cicatrisés.

CHAPITRE VI.

De la Carie de l'Epine.

SECTION Ire.

Observations pathologiques.

Il est facile de voir que, d'après leur structure, les articulations des vertèbres ne sont sujettes à aucune maladie qui offre la moindre ressemblance avec les affections de la membrane synoviale qui attaquent les autres jointures. Mais l'analogie peut nous faire connaître ce que l'expérience démontre, que ces maladies, qui commencent dans des tissus plus durs, se manifestent ici comme ailleurs; et qu'une grande carie de l'épine peut avoir son origine quelquefois dans une ulcération des cartilages intervertébraux, et d'autres fois dans une condition morbide du tissu celluleux du corps des vertèbres.

Dans un des cas rapportés dans un des premiers chapitres, où l'ulcération des cartilages articulaires avait commencé dans plusieurs autres parties, ceux de quelques vertèbres dorsales avaient subi

une grande altération de leur tissu naturel. J'ai eu occasion de remarquer un semblable état pathologique dans les cartilages intervertébraux chez un malade qui, ayant reçu un coup sur les reins, fut affecté quelques temps après de symptômes tels, que M. Keate dut regarder ce cas comme une carie commençante de l'épine, qu'il traita par les caustiques; mais sur ces entrefaites, le malade mourut d'une autre maladie. Dans plusieurs autres cas, où les malades avaient succombé dans une période avancée de la carie de l'épine, et dont on fit l'ouverture après la mort, j'ai observé que la destruction des cartilages intervertébraux était beaucoup plus étendue que dans les os eux-mêmes, qui n'avaient rien perdu de leur structure et de leur dureté ordinaires, et dont la carie était tout-à-fait limitée aux surfaces où vient se fixer le cartilage.

Ces circonstances font présumer que cette affection de l'épine prend fréquemment naissance dans les cartilages intervertébraux. Les faits suivans sont une preuve plus directe de cette opinion.

Le. OBSERVATION.

Christiana Clear, âgée de huit ans, fut admise à l'infirmerie de la paroisse de St.-Georges, Hanover-Square, en l'année 1808, pour une maladie

de l'épine. A cette époque, la partie supérieure de la colonne vertébrale était fléchie en avant, et quelques apophyses épineuses de quelques vertèbres dorsales formaient une très-forte saillie à la partie postérieure ; mais la malade pouvait encore marcher sans assistance.

Bientôt après son admission, il se manifesta un abcès qui s'ouvrit dans l'aine ; celui-là fut suivi d'un second, qui s'ouvrit tout près du premier.

Cette enfant dut nécessairement être tenue au lit. Les abcès continuèrent à donner du pus ; la fièvre hectique survint ; néanmoins elle vécut encore plus de deux ans dans l'infirmerie, où elle mourut.

Le corps fut examiné par M. Howship, à qui je dois cette observation. Il présentait un anasarque général. Les muscles abdominaux s'étaient tellement amincis, qu'il en restait à peine un vestige sensible ; ce qui tenait peut-être à la nécessité où se trouvait cette enfant d'avoir eu à garder si long-temps le lit, et de rester toujours dans la même position.

A la partie postérieure de l'abdomen, il y avait une masse informe de matière molle, qui devait être les parois d'un abcès en communication avec celui de l'aine.

Les corps des vertèbres dorsales inférieures et des trois lombaires supérieures, étaient, vers la

partie postérieure de l'abcès, presque consumés par la carie. Il n'y avait point vestige des cartilages intervertébraux entre la neuvième et onzième vertèbre dorsale, et entre la troisième et quatrième lombaire. Ces espaces intervertébraux étaient remplis de pus, et les surfaces opposées des vertèbres étaient cariées, mais seulement dans une petite étendue. La partie centrale du cartilage intervertébral, entre la neuvième et onzième vertèbre dorsale, avait été complètement absorbée, et cet endroit offrait une collection de pus. Extérieurement les tuniques concentriques du cartilage élastique étaient entières, quoiqu'un peu altérées superficiellement.

LIe. OBSERVATION.

M. M***, jeune homme, fut affecté dans l'été de 1816 d'une douleur dans le dos, et devint d'une faiblesse extrême; il attribuait ces deux états de maladie à l'humidité du sol sur lequel il s'était couché, étant à l'île de l'Ascension dans le précédent mois de Mars. Au commencement de Septembre il s'embarqua pour l'Angleterre, car l'état de sa santé ne lui permettait plus d'être loin de sa patrie.

En Février 1817, il arriva à Londres, se plaignant d'une douleur du dos et d'un engourdisse-

ment des cuisses. Bientôt après, en examinant l'épine, on trouva que la partie qui est formée des vertèbres dorsales était courbée en avant; et que de plus, il y avait aussi une courbure latérale évidente. Après cela il s'ouvrit un abcès dans l'aine; il resta ouvert, et évacua une quantité considérable de matière. Les extrémités inférieures se paralysèrent, mais imparfaitement; il se tenait constamment couché sur un côté, les cuisses portées en avant, de telle sorte que ses genoux venaient presque toucher son menton: il ne changeait jamais de position. Il vécut dans cet état de langueur jusqu'au 10 Août 1818.

A l'examen du cadavre, je trouvai un abcès qui occupait presque toute la surface antérieure de l'épine, depuis la partie supérieure du médiastin postérieur jusqu'au bassin qui communiquait avec chaque aine, et se portait en bas, dans la direction des muscles psoas. En plusieurs endroits, par suite du contact de la matière de l'abcès, le corps des vertèbres, et même la tête articulaire des côtes, étaient cariés superficiellement.

Il ne subsistait rien du cartilage intervertébral compris entre la quatrième et cinquième vertèbre dorsale, et les surfaces opposées de ces deux vertèbres étaient consumées par la carie dans une certaine étendue: c'est d'où provenait l'incurvation de l'épine en avant; elles étaient consumées dans

une plus grande étendue vers le côté gauche que vers le côté droit : c'est d'où provenait l'incurvation latérale.

Le cartilage intervertébral, compris entre la onzième et douzième vertèbre dorsale, avait aussi entièrement disparu, et les surfaces opposées de ces os se trouvaient dans un état de carie; mais la carie ne s'étendait pas assez pour occasionner une perte sensible de substance osseuse.

Les cartilages intervertébraux de la troisième et quatrième, de la septième et huitième, de la dixième et onzième vertèbre dorsale, ainsi que de la douzième dorsale et première lombaire, étaient sur leur circonférence dans un état parfaitement sain; mais centralement, ils étaient d'une couleur foncée, et les surfaces osseuses, aussi bien que les os eux-mêmes, étaient dans un état d'ulcération commençante; mais rien n'annonçait qu'il y eût sécrétion de pus.

Tous les autres cartilages intervertébraux étaient dans toute leur substance, dans leur état naturel; et le corps des vertèbres avait sa texture et sa dureté accoutumées. En ouvrant le canal vertébral, on trouva adhésion des membranes entre elles, derrière l'espace compris entre la quatrième et cinquième vertèbre dorsale.

Les deux observations précédentes et les cir-

constances préémises, semblent appuyer la conclusion que, dans quelques cas, la carie de l'épine a son origine dans l'ulcération des cartilages inter-vertébraux qui vont du centre à la circonférence, d'où résulte l'affection consécutive du corps des vertèbres contiguës.

Mais il est certain qu'il y a des cas où la carie de l'épine commence par les os eux-mêmes. Le corps des vertèbres est sujet à cette maladie particulière de la substance celluleuse qui survient dans les extrémités articulaires des os longs; et je ne vois point pourquoi il n'y aurait pas ici les mêmes résultats qu'ailleurs. Les deux faits suivans, le premier observé à l'hôpital St.-Georges, et le second recueilli à l'hôpital St.-Barthélemi par mon ami M. Henri Earle, qui m'en a fait part, sont des exemples de cette maladie, et des désordres auxquels elle peut donner suite.

LIIe. OBSERVATION.

Edward Griffiths, âgé de quarante-cinq ans, fut reçu à l'hôpital St.-Georges le 15 Avril 1818, pour un abcès qui s'était manifesté dans l'aine gauche. Il rapporta qu'environ quatre mois avant son admission, il avait été saisi d'une douleur dans

les lombes, et que la tumeur de l'aine ne s'était manifestée que six semaines après le commencement de la douleur.

Il lui fut prescrit de garder constamment une position horizontale, et dans peu de temps la tumeur formée par l'abcès de l'aine disparut; un autre se manifesta sur l'os innominé gauche. Le 15 Mai on ouvrit cet abcès, et il donna quarante onces de pus. Dès ce moment le malade s'affaiblit graduellement, et mourut le 19 Août, épuisé par une abondante suppuration.

A l'examen, on trouva que la substance celluleuse de toutes les vertèbres dorsales et lombaires était d'une couleur rouge foncée, et plus molle qu'à l'ordinaire : si bien qu'il était facile d'en faire la section avec un scalpel peu tranchant, et même de l'écraser avec les doigts.

Les surfaces opposées du corps de la seconde et troisième vertèbre lombaire et leur cartilage, étaient, dans la partie postérieure, extensivement détruits par l'ulcération. Antérieurement les os et le cartilage intervertébral étaient entiers; celui-ci se trouvait dans un état parfaitement naturel, mais les os avaient une couleur foncée et presque noire.

Sur un côté de la douzième vertèbre dorsale, il y avait une petite ulcération qui formait une excavation qui s'étendait à une petite cavité du

centre de l'os. Cet os était aussi d'une couleur noire; mais les cartilages intervertébraux et ceux des autres vertèbres, avaient conservé leur état parfaitement naturel.

L'abcès avait son origine dans les surfaces cariées de la seconde et troisième vertèbre lombaire, et se portait derrière le psoas gauche jusqu'à la portion supérieure et antérieure de la cuisse gauche, d'où il revenait sous la partie interne du tendon, et ainsi il se rendait au lieu où il s'était ouvert postérieurement.

Les côtes, dans toute leur étendue, étaient très-vasculaires et si fragiles, que la plus légère force les brisait. On trouva des vomiques dans le poumon, et des tubercules dans le foie.

LIIIe. OBSERVATION.

Henri Shaw, âgé de dix-sept ans, consulta M. Earle en Novembre 1816, pour une maladie qui avait commencé trois mois avant, et dont les symptômes suivans étaient les plus remarquables.

Il avait de fréquentes céphalagies accompagnées d'éblouissement. Quelquefois il avait des accès qui le mettaient quelque temps dans un état d'insensibilité, suivi d'une contraction spasmodique des muscles du cou. L'œil droit était atteint d'amaurose, et les oreilles éprouvaient un tintement

continuel. Les facultés mentales n'étaient point affaiblies, au moins sensiblement.

M. Earle prescrivit l'application des ventouses et l'administration des purgatifs; le malade passa aussi par un traitement mercuriel de six semaines; et au bout de ce temps les symptômes avaient presque disparu.

Vers la fin de Mai 1817, il alla faire une visite à la campagne, et ce fut là qu'ayant fait un faux pas, il tomba en traversant un appartement: dès ce moment il se déclara une autre série de symptômes, pour lesquels on le transporta à Londres. A cette époque, il éprouvait de la douleur dans le dos et dans le côté droit, dans la direction des nerfs intercostaux. Il était sujet à de forts accès de crampes d'estomac; ses selles étaient irrégulières, et sa respiration difficile; ses membres inférieurs étaient sujets aux crampes, et ses facultés locomatrices s'affaiblirent, quoiqu'il n'y eût point paralysie des muscles: l'état général de sa santé se trouvait très-altéré. En examinant l'épine, M. Earle aperçut une incurvation, dont la convexité était tournée en arrière, en comprenant environ trois vertèbres dorsales mitoyennes: ce qui faisait éprouver à la poitrine une grande altération dans sa conformation. Ce fut alors qu'on le reçut à l'hôpital St.-Barthélemi: M. Earle lui prescrivit de rester constamment dans une position horizontale, et ordonna de

faire deux ouvertures par le caustique, sur chaque côté de l'épine. En peu de temps les crampes des membres inférieurs furent dissipées ; mais sa santé alla toujours en déclinant, et la difficulté de la respiration augmenta pareillement.

Dans le milieu de Décembre il sortit de l'hôpital. Le mouvement parut aggraver la maladie : il eut la jambe et la cuisse gauche engourdie ; la dyspnée devint plus mauvaise ; le malade s'affaiblit ; il mourut dans des convulsions le 23 Décembre 1817.

En examinant le corps, on trouva l'arachnoïde opaque et épaissie : une vaste tumeur, d'une dureté presque cartilagineuse, occupait le lobe antérieur du cerveau, et une semblable, le lobe postérieur ; une troisième tumeur était située dans la plus grande partie du lobe droit du cervelet. Les ventricules contenaient une certaine quantité de fluide aqueux.

Le poumon droit était plein de tubercules, et adhérait de partout à la plèvre costale. Un vaste abcès occupait le médiastin postérieur, au fond duquel on voyait le corps de deux vertèbres, ainsi que le cartilage intervertébral qui les sépare, presque détruits par l'ulcération. Les autres cartilages intervertébraux étaient sains, mais le corps des vertèbres était mou, et quelques-unes offraient un commencement d'ulcération. Les côtes étaient

poreuses, et leur substance celluleuse était remplie de matière épaisse; et elle était si molle, qu'il était très-aisé de la diviser avec un scalpel ordinaire. Quatre côtes ayant été détachées de l'épine, on les trouva ulcérées jusqu'à leurs tubérosités.

Il n'y a pas le moindre doute que, dans ces deux cas, l'affection primitive était dans les os. Il peut se rencontrer des cas qui, d'abord, semblent être d'une nature semblable, mais qui, en réalité, est différente. Lorsqu'un abcès s'est formé dans des parties molles voisines, ou qu'il y a eu un gros anévrisme de l'aorte descendante; et lorsqu'une tumeur, produite par une ou plusieurs de ces causes, ou de toute autre manière, a long-temps pressé sur le corps des vertèbres, les os s'ulcèrent, mais les cartilages qui les séparent ne s'ulcèrent pas, et les os finissent par être plus ou moins endommagés, tandis que les cartilages conservent presque leur grandeur naturelle. Dans les cas où l'épine n'est cariée que consécutivement à une action morbide voisine, les symptômes ne sont pas tels que si la maladie avait commencé par l'épine elle-même. En général, on ne soupçonne pas l'affection de l'épine pendant la vie du malade; après la mort, on trouve dans les os la dureté et la texture qui leur est naturelle; et alors il devient facile de

faire voir que l'origine de la maladie est dans les parties molles situées dans le voisinage.

SECTION II.

Symptômes.

Comme ces deux maladies de l'épine se correspondent sous ce rapport, qu'elles se terminent par une carie plus ou moins étendue, on peut croire qu'il doit y avoir une certaine ressemblance dans les symptômes qu'elles produisent. Cette ressemblance ici est plus grande que dans les affections des autres articulations. J'ai lieu de croire que la maladie, qui a son origine dans la substance celluleuse de l'os, est plutôt suivie de la suppuration, que celle qui se manifeste sous la forme de l'ulcération des cartilages intervertébraux; et que l'une amène rarement après elle la destruction des vertèbres, dans une aussi grande étendue que l'autre. Néanmoins, rien jusqu'ici ne m'a mis à même d'indiquer des circonstances qui tranchent la différence des symptômes de ces différentes maladies; et je ne crois pas (toutefois il est à désirer que cela soit) qu'il soit possible, d'après nos connaissances actuelles, de les distinguer les uns des autres avec assez d'exactitude, dans l'état de vie. Il faut espérer que des observations futures éclair-

ciront cet important sujet. En attendant, quand je parlerai des symptômes de la carie de l'épine, on devra admettre que les observations que je fais doivent s'appliquer à l'une ou à l'autre de ces maladies qui donnent lieu à la carie.

Il est évident que deux ordres de symptômes peuvent résulter de la carie de l'épine : premièrement ceux qui naissent immédiatement de l'état morbide des vertèbres elles-mêmes et des cartilages intervertébraux ; secondement, ceux qui proviennent de la compression de la moelle épiniaire, ou de l'irritation qui peut se communiquer, d'une manière ou d'autre, à cette portion importante du système nerveux. Je crois que lorsque la maladie est située au-dessus de la région lombaire, il arrive presque toujours que ces deux ordres de symptômes se combinent, au lieu que lorsque les vertèbres lombaires sont seules affectées, le second ordre de symptômes manque généralement ; peut-être la raison en est-elle, ou dans le plus gros volume des vertèbres lombaires, qui nécessairement doivent offrir plus d'espace aux progrès de la carie, qui à son tour produit une incurvation plus grande ici qu'ailleurs ; ou en ce que la moelle épiniaire se termine ici par le faisceau nerveux qui se distribue aux extrémités inférieures, et qui, possédant une structure différente, et ayant des fonctions différentes, aussi, est probablement

d'une nature moins susceptible que la moelle épiniaire elle-même.

La carie des vertèbres lombaires cause ordinairement une douleur dans le dos, qui, après un plus ou moins long temps, est suivie d'un abcès qui vient se montrer dans l'aine ou ailleurs, et constitue une de ces maladies que l'on peut prendre l'une pour l'autre, sous le nom d'abcès du psoas ou des lombes.

Les symptômes des cas où la carie s'accompagne de la courbure de l'épine et de l'affection de la moelle vertébrale, ont été décrits amplement dans les ouvrages des auteurs qui nous ont précédés, et plus spécialement dans les dissertations instructives et bien écrites de Pott; il est dès-lors superflu de répéter ce qui a été déjà dit. Je me contenterai de faire connaître certaines phases de l'histoire de la maladie, qui se sont offertes à mon observation; elles peuvent jeter quelque jour sur le sujet qui nous occupe.

L'incurvation de l'épine, que produit cette maladie, ne peut avoir lieu si la carie n'a pas fait des progrès considérables; et ici, quoiqu'elle fournisse un signe diagnostic excellent de la maladie à son stade le plus avancé, elle n'offre au chirurgien aucun secours dans le période commençant, alors que le diagnostic est d'une importance plus grande. Avant la formation de la courbure, les symptômes

sont souvent très-équivoques ; il peut arriver dans ce cas qu'un praticien peu expérimenté se méprenne sur sa nature réelle, et l'on a même vu les plus attentifs et les plus exacts s'y tromper. Une douleur et un peu de sensibilité dans la partie de l'épine, où la maladie a commencé ; un sentiment de constriction dans la poitrine ; une sensation incommode au creux de l'estomac et de tout l'abdomen ; un dérangement des fonctions du canal alimentaire et de la vessie ; un sentiment de faiblesse et de malaise ; des crampes fréquentes des muscles des extrémités ; un ou plusieurs symptômes dépendans de la partie de l'épine qui est affectée, et d'autres circonstances, ont lieu dans la plupart des cas, avant que la forme du dos ait subi la moindre altération. Mais il n'est pas rare que d'autres causes soient l'origine de symptômes très-semblables à ceux-là ; et c'est encore là, pour les praticiens mal habiles, une source d'erreurs. Il s'est trouvé des cas dans lesquels ces symptômes se sont manifestés si légèrement, que, bien que le malade se les soit rappelés par la suite, il n'en éprouvait point alors une incommodité capable de les signaler ; et j'ai même vu quelques cas où il s'en est présenté si peu, qu'avant d'avoir reconnu la courbure on n'avait point soupçonné de maladie.

Dans le plus grand nombre des cas qui se sont présentés à mon observation, l'incurvation de l'é-

pine n'a été pour moi un symptôme évident, que six mois après la connaissance des autres. Dans un seul cas l'intervalle fut de deux ans.

En général, l'incurvation est à peine perceptible au commencement ; ce n'est que peu à peu qu'elle devient sensible. Dans un cas, le malade qui avant n'avait manifesté aucune plainte immédiatement après un léger exercice, éprouva une douleur soudaine, comme si quelque chose s'était détaché dans le dos ; tout aussitôt il perdit l'usage des membres inférieurs, et s'aperçut que l'apophyse épineuse d'une des dernières vertèbres dorsales faisait une saillie anguleuse. Chez un autre individu, une circonstance semblable causa la même sensation, et fut suivie de l'engourdissement des jambes et des cuisses, et de la paralysie de la vessie ; mais il ne se manifesta point de courbure évidente. Ordinairement, il est à croire que la maladie a déjà fait quelques progrès avant la manifestation des légers accidens qui donnent naissance aux premiers symptômes.

La distorsion de l'épine dans ces cas est d'ordinaire d'une espèce particulière, et telle que rien ne peut la produire, si ce n'est la destruction du corps d'une ou de plusieurs vertèbres. L'épine est fléchie en avant, de telle sorte qu'elle forme un angle postérieurement ; et quoique la destruction des vertèbres puisse avoir lieu dans toute l'étendue

de la colonne épiniaire, elle est plus commune dans quelques parties que dans d'autres. Quoi qu'il en soit, les apophyses épineuses du milieu du dos étant longues et proéminentes en bas, l'élévation de l'une d'elles doit produire une plus grande protubérance que celle d'une des apophyses épineuses du cou, qui sont courtes et dirigées presque perpendiculairement à la colonne rachidienne.

La courbure de l'épine dans la direction en avant, peut appartenir à d'autres causes, comme à un état de faiblesse des muscles ou à une affection rachitique des os. En général, dans ces cas l'incurvation occupe toute l'épine, qui contracte alors la forme d'un segment de cercle. D'autres fois, cependant, elle n'occupe qu'une portion de l'épine, ordinairement celle qui est formée par les vertèbres lombaires supérieures et les dorsales inférieures, comme je m'en suis convaincu, et par l'exploration pendant la vie, et par la dissection après la mort. Ici l'incurvation est toujours graduelle, jamais angulaire; et ainsi il est possible de la distinguer de la courbure qui dépend de la carie. Cependant, je suis presque assuré que ces différentes espèces de courbures, tenant à différentes causes, ont souvent été prises l'une pour l'autre; et que quelques-uns des cas que l'on a publiés comme des exemples de carie de l'épine, et qui d'abord ont paru surprenans à cause d'une guéri-

son entière et sûre, n'étaient en réalité qu'une maladie entièrement différente (*a*).

On croit généralement que la distorsion latérale de l'épine provient de causes qui sont indépendantes de la carie. Ce principe toutefois ne doit pas être admis sans quelques exceptions. Dans quelques cas, un léger degré d'incurvation latérale est la conséquence de la carie. C'est ce que l'on observa dans un des cas rapportés dans la dernière section, où l'examen anatomico-pathologique expliqua la manière dont s'était produite l'incurvation latérale; c'est-à-dire que les corps des vertèbres avaient été détruits plus d'un côté que de l'autre.

M. Copeland (*b*) a observé que les symptômes qui ont lieu dans cette maladie, par cause de l'affection de la moelle épiniaire, ne sont pas toujours limités aux parties inférieures comme on devrait s'y attendre, mais qu'ils se manifestent aussi aux parties situées supérieurement aux vertèbres ulcérées. C'est une observation importante: j'ai été à même d'en vérifier l'exactitude. Lorsque la maladie s'est trouvée située dans le milieu ou

(*a*) M. Earle a publié sur ce sujet plusieurs bonnes observations dans le Journal médical d'Edimbourg; Janvier, 1815.

(*b*) Observations sur les symptômes, le traitement de la maladie de l'épine, etc. par Thomas Copeland.

dans la portion inférieure du dos, je n'ai point vu que les muscles des extrémités supérieures fussent paralysés; mais il n'est pas rare que dans ces circonstances, des douleurs des bras ne soient liées avec une affection paralytique des jambes et des cuisses.

J'ai déjà observé qu'il était à croire que la suppuration avait plutôt lieu au période commençant, dans les cas où la maladie a son origine dans la substance spongieuse des os, que lorsqu'elle commence dans les cartilages intervertébraux. On a dû remarquer dans les dernières observations combien est grande quelquefois l'ulcération, sans avoir été précédée de la formation d'un abcès. J'ai vu jusqu'à trois corps de vertèbres complètement détruits; la maladie avait duré plusieurs années, et cependant on ne trouva point de matière: circonstance heureuse pour le malade, puisqu'elle offre une chance plus grande de guérison dans cette occasion que dans des circonstances contraires. Quel que soit le siége de la maladie dans l'épine, l'abcès se présentera probablement dans la partie supérieure et antérieure de la cuisse; mais il peut venir s'ouvrir en d'autres endroits différens. Quelquefois il prend la direction du cordon spermatique, et forme à travers l'anneau inguinal une tumeur proéminente, qu'un observateur superficiel prendrait facilement pour une hernie. Dans un cas

que j'ai eu occasion d'examiner après la mort, l'abcès avait pénétré dans le canal vertébral, et toute la moelle de l'épine, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, était abreuvée de pus.

SECTION III.

Traitement.

Les mêmes raisons qui m'ont éloigné de faire longuement l'histoire des symptômes qui se rencontrent dans la carie de l'épine, ne me permettent que quelques observations sur les moyens de traitement que l'on peut employer pour y remédier. Ceux que l'on recommande surtout sont, premièrement, l'état absolu de repos dans la position horizontale, long-temps continué; et secondement, l'établissement d'issues faites avec le caustique dans le voisinage des vertèbres affectées.

Je ne saurais croire qu'il y ait quelqu'un qui pût nier la prudence du premier de ces moyens, et que l'on puisse même se refuser à en reconnaître l'absolue nécessité. Si le malade se tient dans une position droite, le poids de la tête et les autres parties qui ajoutent à sa pesanteur, doivent pousser les surfaces ulcérées l'une contre l'autre; alors comment présumer que l'ulcération s'arrêtera dans sa marche? Il est très-probable au contraire que la suppuration s'établira. Quant à l'avantage des

issues, il y a peut-être une plus grande différence d'opinion ; et je n'ignore pas que quelques praticiens les plus expérimentés du jour en font très-peu de cas. Cependant, il est difficile à croire que Pott et d'autres médecins, dont l'opinion est ici d'un si grand poids, aient pu rester dans l'erreur, et continuer pendant plusieurs années l'emploi d'un remède qui serait entièrement inefficace. Si les issues sont utiles dans le cas d'ulcération des cartilages de la hanche et du genou, l'analogie nous conduit à penser que ce moyen est également avantageux dans une maladie correspondante qui a lieu dans les articulations des vertèbres ; et cette opinion n'a pas été démentie par ma pratique. J'ai vu des exemples de malades qui, se trouvant précisément dans les mêmes circonstances quant au repos, avaient obtenu un amendement sensible et considérable dans leurs symptômes, ou immédiatement, ou peu de temps après l'établissement de l'issue : et d'autres malades sur lesquels on avait eu appliqué quelquefois le caustique pour entretenir l'issue, m'ont dit s'être trouvés mieux peu d'heures après chaque application. Toutefois, il est des cas où l'issue par le caustique ne semble produire que peu ou point d'effet : probablement qu'il en est des maladies des articulations vertébrales, comme de celles des articulations des extrémités, où les issues ne conviennent que lorsque l'af-

fection primitive consiste dans l'ulcération des cartilages intervertébraux, et dont l'efficacité paraît douteuse, toutes les fois que l'altération morbide de la substance celluleuse des os précède l'ulcération. Si cela est exact, la différence d'opinion sur les issues peut s'expliquer facilement; et il est à regretter qu'il n'existe pas de meilleurs signes qui puissent nous mettre à même de bien apprécier la distinction de ces deux variétés de maladie dans l'économie vivante.

Pott s'est fortement prononcé dans ces affections contre l'emploi de tous les instrumens et autres inventions mécaniques, qui ont été recommandés dans la distorsion de l'épine; et il nous est permis de croire qu'il est dangereux de se servir de tout moyen violent, qui tendrait à redresser l'épine en disjoignant les surfaces ulcérées de l'os, qui sont en contact et disposées à s'unir. Il est également évident que, si le malade se tient dans une position droite, l'affection s'aggravera probablement par la pression des parties qui pèsent sur la colonne vertébrale; mais si l'appareil est employé purement pour la soutenir et pour supporter le poids de la tête, il ne sera pas sujet aux mêmes objections, que s'il était appliqué dans d'autres vues; alors on peut raisonnablement en attendre quelque bien pour le malade. Certainement cet appareil, dans le premier cas, ne remplacera jamais la position hori-

zontale gardée long-temps ; mais, ou je suis bien dans l'erreur, ou je l'ai jugé utile, lorsque le malade entre en convalescence et que les circonstances ont voulu qu'il pût demeurer assis une partie de la journée.

Dans les cas où la guérison aurait eu lieu, il arrive en général que les vertèbres cariées sont unies les unes aux autres par la substance osseuse qui se trouve en très-grande quantité sur leur surface externe. Mais j'ai vu d'autres cas où l'ankilose n'avait jamais lieu, attendu que la marche de la maladie avait été arrêtée; les surfaces des vertèbres, qui étaient affectées, ne se trouvaient que partiellement en contact, sans qu'il y eût encore entre elles de cohésion; et par là elles étaient mobiles l'une sur l'autre jusqu'à un certain degré. C'est là qu'un appareil appliqué judicieusement sera utile, non seulement en offrant un point d'appui à l'épine, mais aussi en soutenant le poids et le mouvement des parties supérieures qui pourraient favoriser la carie. Un malade dont le corps des vertèbres avait été le siége d'une destruction très-étendue, mais qui n'éprouvait plus de symptômes depuis plusieurs années, se débarrassa d'une machine qu'il avait l'habitude de porter : dans peu de mois, il ressentit des douleurs dans les membres inférieurs, et une tumeur évidemment formée par un vaste abcès se manifesta dans l'aine; ce qui fit

penser naturellement que l'imprudence d'avoir quitté cet appareil fut suivie du retour de la première maladie, sous une forme plus fâcheuse. Toutefois, en faisant ces remarques, je n'ai nullement l'intention de faire croire que les cas où conviennent ces inventions mécaniques soient fréquens, et je répète qu'elles ne peuvent jamais convenir pour redresser l'épine, et pour remédier à la difformité.

Quelque possibilité qu'il y ait, on ne corrigera cet état contre nature, que tout autant que le malade restera long-temps en supination, sur une planche horizontale. La courbure sera peut-être ainsi légèrement diminuée. Quoi qu'il en soit, si la courbure survient dans l'enfance, elle sera moins sensible dans un âge plus avancé. Je n'ai jamais vu de cas où l'incurvation étant très-distincte, ait disparu tout-à-fait; et l'on croira difficilement que cela puisse toujours arriver, s'il est vrai, qu'ailleurs des portions d'os, qui ont été détruites, ne se soient jamais régénérées, à moins que tout le périoste ou sa plus grande partie ait été lésé. Autant que je sache, je ne crois pas qu'il existe dans les cabinets d'anatomie de pièce qui prouve qu'un nouvel os ait remplacé le vide laissé par une vertèbre cariée.

CHAPITRE VII.

De quelques autres Maladies des Articulations.

DANS ce chapitre, j'ai l'intention de rapporter, très-succinctement, quelques autres affections des articulations qui se rencontrent plus rarement que celles dont j'ai déjà parlé, et, qui, relativement au peu de remarques que j'ai à présenter, serviront de supplément à ce qu'en ont dit les autres.

A. J'ai vu très-peu de cas dans lesquels une extrémité articulaire ait été le siége et d'une inflammation ordinaire, et d'un abcès qui s'y serait formé et ouvert. Dans ces cas, quand on disséque l'articulation, on trouve que l'os possède sa texture et sa dureté ordinaire; mais il est d'une couleur foncée, et d'une odeur fétide. Quelquefois il y a une formation récente de matière osseuse résultante de l'inflammation et de l'ossification du périoste : et c'est ce qui constitue la seule espèce de maladie des articulations, qui

se soit présentée à mon observation, où l'os ait pris de l'accroissement. Lorsque les parties molles d'une articulation se sont considérablement épaissies, en les explorant, on trouve quelquefois que les os ont pris du volume; mais, quelques années avant, mon ami, M. Lawrence, avait observé et fait connaître que cette sensation reçue par la main, est fautive (*a*).

B. J'ai eu connaissance d'un cas, où, sans cause évidente, une grande portion de la tête du tibia se nécrosa et s'exfolia; la destruction de l'articulation du genou en fut la suite.

Il s'est présenté un autre cas qui a quelque rapport avec le dernier. En examinant, à l'hôpital, le corps d'un malade qui venait de mourir d'une affection de l'épine, je trouvai les corps de plus de six vertèbres dorsales morts, et commençant à s'exfolier. Cinq d'entre elles étaient entières, et la

(*a*) Le dernier chapitre était à l'impression, lorsque j'eus occasion d'examiner une épine dorsale dans un état pathologique, où une grande carie semblait tenir à l'inflammation ordinaire du corps des vertèbres. Les os avaient leur dureté accoutumée; mais ils étaient d'une couleur noire: et quoique des cartilages intervertébraux fussent détruits, il était manifeste, d'après l'état des vertèbres contiguës, que la maladie avait commencé, non dans le tissu cartilagineux, mais dans les os.

sixième était tombée en morceaux. Les cartilages intervertébraux avaient entièrement disparu. Le malade avait attribué son mal à la peine qu'il s'était donnée en portant un poids très-lourd.

C. Les auteurs ont si souvent décrit les substances cartilagineuses flottantes qui se sont quelquefois trouvées dans les articulations, que je n'aurai que peu de remarques à présenter sur ce sujet.

On pense généralement que ces corps flottans ont leur origine dans la lymphe coagulable, qui a été versée par l'inflammation dans la substance de la membrane synoviale, et qui, par la suite, est devenue vasculaire. Mais dans la majorité des cas que j'ai vus, aucun symptôme d'inflammation n'avait précédé leur formation, et ici il est probable que, dans quelques cas, ils sont, comme les autres tumeurs, régénérés par suite d'une action morbide d'une nature différente.

Ils semblent être situés primitivement, soit sur la surface externe, soit dans la substance de la membrane synoviale, puisque, avant qu'ils se détachent, on peut se convaincre qu'ils sont enveloppés d'une légère tunique membraneuse.

Mon expérience me fait préférer l'extraction de ces cartilages mobiles par l'incision de l'articula-

tion, pourvu qu'elle soit faite avec précaution et prudence. Le malade devra garder le repos le plus absolu deux ou trois jours avant l'opération, et plusieurs jours après. Le cartilage étant bien fixé, on divisera lentement et séparément les diverses parties qui le recouvrent, jusqu'à ce qu'il soit mis à découvert. La plaie de la membrane synoviale sera dilatée avec un bistouri boutonné afin de permettre au cartilage de suivre la tenette qui l'aura saisi : de suite on rapprochera les lèvres de la plaie que l'on tiendra en contact avec un emplâtre adhésif. J'ai soigné un gentleman, affecté de cette maladie, chez lequel ces corps flottans se glissaient souvent entre les surfaces articulaires du genou, et occasionnaient presque aussitôt le gonflement de l'articulation, une douleur intolérable et une sensibilité extrême, qu'accompagnait une violente fièvre symptomatique. Une fois, ces symptômes restèrent un mois à disparaître. J'ai noté ces circonstances, parce qu'elles prouvent que chez ce malade il y avait une grande disposition à l'inflammation; toutefois, en observant les précautions mentionnées plus haut, je fis l'extraction de cinq cartilages, par trois opérations différentes, sans qu'il en résultât le plus petit inconvénient.

J'ai vu deux cas, où l'on trouva ces corps mobiles d'une nature et d'une origine différentes

de ceux qui se présentent communément. Il arrive quelquefois que, par un travail maladif, il se forme une éminence osseuse, semblable à une petite exostose, autour des surfaces cartilagineuses des articulations. Dans ces deux cas, cette excroissance contre nature de l'os avait eu lieu par suite de l'action réciproque des parties; des portions en avaient été détachées, et avaient glissé dans la cavité articulaire.

D. J'ai vu un cas dans lequel une grande tumeur occupait le genou; apparemment il appartenait à cette classe de maladies à laquelle M. Hey a donné le nom de *fungus hœmatodes*; et M. Abernethy, celui de *sarcoma medullaire*. Le malade ne voulut point se soumettre à l'amputation, et je n'ai point eu occasion de vérifier après la mort la nature du tissu de la tumeur.

LIVe. OBSERVATION.

E. Une dame, dans l'année 1808, s'aperçut d'un gonflement dans la partie supérieure du genou, qui ne s'accompagnait point de douleur; il fit des progrès lentement, mais uniformément. Dans l'espace de trois ans il atteignit une grosseur si incommode, qu'il ne fut pas difficile de faire

consentir la malade à l'amputation. M. Thomas, qui donnait ses soins à cette dame, pratiqua l'opération, et me permit ensuite d'examiner le membre éliminé.

La tumeur occupait la partie supérieure du genou; elle commençait au bord de la surface cartilagineuse, et s'étendait à trois ou quatre pouces environ au-dessus de la partie inférieure de la cuisse. Elle avait son siége entre les muscles et l'os de la cuisse, et les masses musculaires soulevées dessinaient sous la peau la forme de la tumeur. Elle était d'une couleur grisâtre; elle était composée de fibres d'une substance cartilagineuse semi-transparente; une matière osseuse la compliquait, et avait environ deux pouces d'épaisseur sur chaque côté du fémur. A la partie supérieure on apercevait distinctement qu'elle prenait naissance dans le périoste; à la partie inférieure, le périoste ne pouvait se distinguer, et le tissu de l'os se confondait avec celui de la tumeur. Les cartilages et les ligamens de la jointure étaient libres de l'affection. Sur la surface externe de la membrane synoviale, distincts du tissu affecté dont il s'agit, il y avait trois ou quatre corps minces, chacun de la grosseur d'une fève de haricot d'une couleur blanche, et d'une texture un peu plus molle que celle du cartilage. La membrane synoviale elle-même n'était point affectée.

Dans ce cas, il n'y avait pas le moindre doute que la maladie primitive ne fût une tumeur ostéo-sarcomateuse, née dans le périoste du fémur. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que les autres tumeurs étaient en rapport avec la membrane synoviale, tandis que les parties intermédiaires étaient en apparence dans un état sain; on peut rencontrer quelque chose de semblable dans les autres maladies. Par exemple, lorsqu'un squirre s'est formé dans une glande du sein, il n'est pas rare de trouver sous la peau qui les recouvre de petits tubercules d'une structure semblable, et à diverses distances l'un de l'autre; et la substance adipeuse intermédiaire, ainsi que les portions de peau interposées entre eux, ne montrer aucune marque de maladie.

J'ai rencontré un autre cas, dans lequel le malade semblait souffrir d'une tumeur énorme de la hanche; il fut certifié par la dissection que la hanche n'était point malade, et que l'engorgement dépendait d'une tumeur ostéo-sarcomateuse, prenant racine dans le périoste de l'extrémité supérieure du fémur (*a*).

(*a*) M. Russel, dans son Traité des affections morbides du genou (Treatise on the morbid affections of the knee), a donné quelques détails sur ce qu'il appelle une *maladie rare*, (*uncommon disease*) de cette arti-

F. Les effets de la goutte sur les articulations sont très-remarquables. Les cartilages sont absorbés, les surfaces osseuses mises à nu partiellement ou entièrement ; elles sont encroûtées d'une matière terreuse blanche, que je crois être de l'urate de soude ; et quelquefois elles représentent des entailles, comme si elles étaient le résultat du frottement de l'une sur l'autre. Dans quelques cas, des attaques de goutte répétées et long-temps continuées, produisent l'ankilose totale.

culation. Si je ne suis point dans l'erreur, quiconque parcourra l'histoire que M. Russel en a donnée, sera porté à croire que quelques-uns des cas, qui lui ont fourni ses observations, étaient d'une nature semblable à ceux dont il est question plus haut.

CHAPITRE VIII.

De l'inflammation des Bourses muqueuses (a).

SECTION Ire.

Histoire et Symptômes de la maladie.

Les membranes synoviales, qui constituent les bourses muqueuses, ressemblent beaucoup, dans leur organisation et leurs fonctions, à celles qui tapissent les cavités articulaires; et ici on doit regarder comme une circonstance remarquable, que les premières ne puissent être sujettes à cette alté-

(a) Je comprends sous ce titre les membranes qui, formant les gaînes des tendons, ont la même structure, remplissent le même objet, et ne peuvent pas, avec raison, se distinguer des autres bourses. J'adopte le mot de *bourses muqueuses*, parce qu'il est d'un usage général, bien qu'il exprime mal les fonctions des organes auxquels il s'applique.

ration particulière de structure qui arrive dans les secondes, et qui a été décrite dans une autre partie de ce volume.

L'inflammation des bourses muqueuses a presque les mêmes caractères, et produit, exception faite de la différence des parties avec lesquelles elles sont en rapport, presque les mêmes résultats que l'inflammation de la membrane synoviale des articulations. Dans le plus grand nombre de cas, elle donne lieu à une augmentation de sécrétion de synovie. Dans d'autres cas, la bourse prend du développement par la présence d'une petite quantité de sérum trouble, dans lequel nagent quelques portions de lymphe coagulable. Quelquefois elle se termine par la formation d'un abcès; quelquefois la membrane de la bourse s'épaissit, et se couvre d'une substance grise. Je l'ai eu rencontrée de l'épaisseur d'un demi-pouce, et contenant centralement de la synovie dans une petite cavité celluaire. D'autres fois, quoique l'inflammation ait duré long-temps, la membrane de la bourse conserve son organisation première.

L'inflammation des bourses muqueuses peut résulter de la pression, ou de toute autre injure locale; elle peut provenir d'un usage immodéré de mercure; elle peut tenir à une affection rhumatismale ou constitutionnelle : et ici elle se complique souvent avec l'inflammation des membranes

synoviales des articulations. Quelquefois elle se présente sous la forme d'une inflammation aiguë, mais plus fréquemment sous celle d'une inflammation chronique.

La bourse enflammée forme une tumeur plus ou moins distincte, suivant sa situation; plus ou moins douloureuse, suivant son caractère inflammatoire. Si la bourse est superficielle, la fluctuation du fluide qu'elle contient est dans le premier cas très-sensible; et même ici, si l'inflammation est considérable, elle s'étend aux parties environnantes, et cause la rougeur de la peau. Lorsque la maladie a duré quelque temps, il arrive généralement que le fluide est moins appréciable à la main qui explore, parce que la membrane est devenue épaisse; quelquefois cet épaississement va si loin, que la tumeur présente tous les caractères d'une substance solide et dure, et alors le fluide est tout-à-fait imperceptible.

Lorsque l'inflammation est indolente, il n'est pas rare de trouver dans le fluide, contenu dans la bourse, une quantité de corps mobiles, d'une forme ovale aplatie, d'une couleur brun clair, à surfaces unies, et ayant l'apparence des graines de melon. On ne peut douter ici que ces corps mobiles n'aient leur origine dans la lymphe coagulable, qui aurait été sécrétée dans le premier période de la maladie, et j'ai souvent été à même

par l'examen de plusieurs cas, de suivre la marche de leur formation graduelle. D'abord la lymphe coagulable forme des masses irrégulières d'une figure indéterminée : ensuite, par le mouvement et la pression des parties contiguës, elles sont réduites en parcelles plus petites. Celles-ci contractent insensiblement une forme régulière, prennent une consistance plus ferme, et elles finissent par devenir des corps ovales aplatis, tels qu'ils sont décrits plus haut.

Lorsque l'inflammation d'une bourse muqueuse se termine par la suppuration, l'abcès se dirige quelquefois vers la surface de la peau, et s'ouvre à l'extérieur; mais j'ai lieu de croire que dans d'autres cas la matière, au lieu de se porter extérieurement, s'échappe dans le tissu cellulaire environnant, et alors cet état peut être confondu avec les abcès qui naissent dans ce même tissu. Les circonstances suivantes appuient cette opinion. Il n'y a pas de bourse plus sujette à s'enflammer que celle qui est située entre la rotule et la peau, et dont l'inflammation se termine plus souvent par la suppuration; c'est ce que j'ai vérifié et par l'évacuation du pus, lorsque la tumeur avait été incisée, et par la dissection après la mort. Il est très-ordinaire de trouver un gros abcès sur la partie antérieure du genou qui, au rapport du malade, s'est manifesté au centre de la rotule dans la situation de la

bourse. L'abcès a quelques caractères particuliers; il soulève la peau, la rotule est dérobée à l'exploration, et de ce point comme d'un centre, il s'étend entre la peau et le fascia dans tous les sens, en enveloppant toute la partie antérieure du genou. Un observateur superficiel, en jugeant de la forme de la tumeur et de la fluctuation du liquide, sans avoir égard à une rougeur plus vive de la peau, et sans s'apercevoir que le liquide est sur la rotule au lieu d'être au-dessous, prendra cette affection pour une inflammation de la membrane synoviale de l'articulation elle-même. Il est à croire qu'un tel abcès a commencé ou dans la bourse dont on parle, ou dans le tissu cellulaire. La situation primitive de la maladie répond à celle de la bourse: il semble qu'il ne peut pas y avoir de raison pour qu'un abcès du tissu cellulaire se manifeste plus souvent daus ce point qu'ailleurs; d'où l'on peut conclure raisonnablement que la bourse est la partie où l'abcès a commencé. Il est assez croyable que plusieurs autres abcès des extrémités reconnaissent une origine semblable. La tumeur qui se présente dans la partie charnue du gros orteil, et qui est une de celles que l'on désigne sous le nom d'oignon (1), suppure quelquefois; j'ai trouvé

(1) Il est de ces tumeurs qui contractent une forme si indolente, que rien ne peut les modifier : il n'y a que la

par la dissection, qu'elle est formée par l'inflammation de la bourse qui se trouve située en cet endroit.

Il arrive fréquemment, après que l'inflammation est entièrement tombée, qu'il reste encore une disposition sécrétrice d'une abondante quantité de fluide, d'où il résulte une hydropisie de la bourse, ainsi qu'il arrive pour quelques cas dans l'hydrocèle, qui n'est que le résultat de l'inflammation de la tunique vaginale du testicule. Une telle tumeur, quand elle est formée, peut durer, sans éprouver de l'altération, plusieurs mois, et même plusieurs années; la majorité des ganglions rentre dans cette description.

SECTION II.

Traitement.

On emploiera d'abord avec avantage les sangsues et les lotions froides, et ensuite les vésicatoires ou les linimens stimulans; dans des cas particuliers on peut les combiner avec les remèdes analogues

---

chaleur des climats très-chauds qui leur fasse éprouver un changement; elle favorise leur développement, en augmentant la sensibilité de la partie, et probablement en lui donnant un surcroît de vie. Je connais une famille où cette incommodité est héréditaire.

à la constitution, tels que les circonstances particulières paraîtront l'indiquer. Ce traitement doit dissiper sans difficulté l'inflammation de la bourse muqueuse ; et dans le premier degré de la maladie, il activera l'absorption du fluide qui aurait été sécrété.

Mais si la maladie est déjà ancienne, il arrive souvent que la sécrétion extra-naturelle persévère, même après la dissipation de l'inflammation. Alors, si les vésicatoires devaient favoriser la sécrétion, on emploierait les frictions ; et si elles n'étaient point suivies d'effets plus heureux, on évacuerait le liquide par l'incision. Dans plusieurs cas, les corps mobiles que l'on a décrits dans la dernière section occupent la cavité de la bourse, et ces corps étrangers suffisent bien pour entraîner la formation du liquide.

Lorsque la ponction de la tumeur est suivie de la suppuration, et que toute la cavité se trouve ainsi convertie en un abcès, j'ai observé qu'après la cessation de la suppuration, il ne se fait plus ordinairement de collection de fluide, et que la guérison de la maladie est permanente. Dans ce cas j'ai été quelquefois conduit, après l'usage de la lancette, à déterminer la suppuration par des moyens artificiels. C'est ce qu'on peut faire en introduisant un séton dans la plaie, ou (ce qui est plus simple, et à tous égards préférable) en

irritant la surface intérieure de la bourse avec l'extrémité mousse d'une sonde. Même quand la bourse forme la gaîne d'un ou de plusieurs tendons, cette méthode sera employée avec avantage, bien qu'ici le succès soit plus incertain, parce que la plus grande partie de la membrane se trouve hors de la portée de l'opération.

Je n'affirmerai point, toutefois, que cette pratique s'étende indistinctement à tous les cas. L'inflammation et la suppuration d'une grande bourse portent quelquefois tant de désordre dans la constitution, qu'il est douteux qu'il soit prudent dans ce cas de faire plus que la ponction de la tumeur, en maintenant ensuite le malade dans un repos absolu. Un énorme gonflement, formé par une poche remplie de sérum seulement, ou de sérum au milieu duquel flottent quelques parcelles de lymphe coagulable, vient quelquefois se présenter sur l'angle inférieur de l'épaule; il a, je pense, son siége dans la grande bourse muqueuse, située entre l'omoplate et le muscle grand dorsal. J'ai eu occasion de voir une semblable tumeur, qui avait atteint le volume de la tête de celui qui la portait. J'ai appris que la poche ayant par la suite subi la ponction, on passa à travers son ampleur un séton qui porta un si grand désordre dans toute l'économie, que le malade en mourut. J'ai vú un autre cas, où la mort suivit presque immédia-

tement la ponction de la tumeur, mais ici le malade avait d'ailleurs une mauvaise santé; il est également vrai que des circonstances s'opposèrent à ce que le malade fût tenu dans un repos parfait après l'opération. Je donnerai ci-après l'histoire d'un cas de cette nature qui fut plus heureux.

Lorsque les tuniques de la bourse se sont beaucoup épaissies, je ne sache pas qu'il y ait une méthode pour les rendre à leur premier état. Si la bourse malade est située superficiellement, on peut sans difficulté en faire l'ablation, comme d'une tumeur enkistée. Je n'ai jamais pratiqué moi-même cette opération, et je n'ai point ouï dire qu'elle ait jamais été faite par d'autres, excepté dans le cas où la bourse est située entre la rotule et la peau; il n'y a pas le moindre doute que cette opération ne puisse se pratiquer partout où les bourses sont superficielles, et lorsqu'elle est prescrite par les circonstances. D'un autre côté, si la bourse enveloppe les tendons, ou qu'elle soit située profondément, l'opération devient impraticable; si la bourse communique avec la cavité articulaire, et que l'opération soit praticable, il n'est pas toujours avantageux de la faire.

Dans les cas où la bourse de la partie supérieure de la rotule a été extirpée, je ne crois pas que par la suite le malade ait éprouvé le

moindre inconvénient d'en être privé. Il est assez probable qu'une nouvelle bourse peut finalement venir remplacer celle qui a été enlevée. Une membrane synoviale est d'un tissu si simple, qu'elle peut être réduite par la macération en tissu cellulaire, et il n'est pas sans exemple que des nouvelles membranes synoviales se soient formées là où il n'en existait pas auparavant. Tel est le cas d'une articulation artificielle, après la non consolidation d'une fracture. Une demoiselle de dix ou douze ans, ayant un pied bot, présentait sur la partie du coude-pied sur lequel elle marchait, une grande bourse fort distincte.

Une autre demoiselle, qui apparemment se rétablissait d'une carie de l'épine, avec courbure angulaire considérable, portait une bourse qui paraissait s'être formée entre l'apophyse épineuse avancée et la peau.

SECTION III.

Observations pratiques.

LVe. OBSERVATION.

Mary Newnham, âgée de vingt-deux ans, fut admise à l'hôpital St.-Georges, ayant la bourse de la rotule droite engorgée et supérieurement située; elle offrait le volume d'une petite orange.

Elle contenait du fluide, et sa membrane paraissait légèrement épaissie. A cette époque, Mary Newnham n'éprouvait ni douleur, ni aucune gêne, à l'exception de l'incommodité qui provient de la grosseur d'une tumeur.

On appliqua des vésicatoires, on fit usage de diverses méthodes pour amener l'absorption du fluide, le tout sans succès; alors je fis la ponction avec une lancette, qui donna issue à plus d'une once de fluide. J'introduisis aussitôt l'extrémité mousse d'une sonde, et j'irritai l'intérieur de la bourse; cette irritation (1) donna lieu, le jour suivant, à quelque peu de fièvre et de gonflement, avec une légère fièvre symptomatique. Le quatrième jour après l'opération, en levant le pansement, il sortit de la tumeur une demi-once de pus. La suppuration continua; mais elle diminua quotidiennement; au bout de trois semaines, la plaie fut guérie, et la tumeur avait entièrement disparu.

---

(1) Cette irritation est analogue dans tous ses résultats à celle que produit dans l'hydrocèle opéré par la ponction, l'injection d'un liquide irritant, tel que du vin, une dissolution de sulfate de zinc, etc. Probablement qu'une telle injection dans la bourse muqueuse affectée donnerait les mêmes suites.

LVIe. OBSERVATION.

M^e. T., âgée de vingt à trente ans, dans le milieu de Mars 1818, s'aperçut d'abord d'une tumeur, située sur l'angle inférieur de l'omoplate, qui s'accompagnait d'une douleur et d'une sensibilité de peu d'importance. Dans le cours d'une semaine, la tumeur acquit toute son ampleur, et resta stationnaire. En Avril suivant, elle me consulta; alors la tumeur était de la grosseur d'une noix de cacao, et d'une forme ovale, très-circonscrite, tenant la place de la grande bourse muqueuse qui est située entre le grand dorsal et l'angle inférieur de l'omoplate.

Le 22 Mai, la tumeur se trouvant à peu près dans le même état, j'en fis l'incision avec la lancette, et il en sortit environ une pinte de sérum trouble, avec quelques parcelles irrégulières de lymphe coagulable. J'appliquai sur la plaie un emplâtre adhésif, soutenu par une compresse et un bandage : elle dut garder le lit dans un parfait repos. La plaie ne devait point être guérie par première intention, et en levant le pansement au bout de quatre jours, il s'en écoula une grande quantité de pus. L'évacuation purulente persista, mais elle diminua journellement; il ne se manifesta plus de symptômes fâcheux, mais la suppuration dura encore presque trois mois; alors la plaie se

cicatrisa. A cette époque il ne restait aucune trace de la tumeur, et la malade se trouvait bien sous tous les rapports.

LIIe. OBSERVATION.

A. B., femme d'un âge moyen, entra à l'hôpital St.-Georges, et fut commise aux soins de M. Keate, pour une tumeur placée sur la partie supérieure du poignet; elle avait la grosseur d'une grosse noix, et elle contenait un fluide : elle était la suite de l'inflammation de la bourse muqueuse qui enveloppe les tendons extenseurs des doigts. A l'époque de son entrée, l'inflammation était entièrement tombée, et la tumeur n'avait d'autre inconvénient que celui de la grosseur. Après avoir employé divers remèdes locaux sans avoir pu résoudre le gonflement, on fit l'ouverture de la tumeur, d'où il coula une grande quantité de fluide séreux. Peu de temps suffit pour y rassembler la même quantité de pus; alors M. Keate fit une incision longitudinale sur la peau qui couvrait la tumeur, et enleva tout ce qu'il put de la bourse, ne laissant que la partie qui enveloppe les tendons. La plaie suppura, et se cicatrisa insensiblement; comme on le doit supposer, l'opération avait en premier lieu amené une guérison; mais peu de semaines après la cicatrisation de la plaie, la tumeur re-

parut avec les mêmes caractères qu'auparavant, mais elle était moitié moins grosse ; lorsque je vis la malade dernièrement, elle était dans le même état.

LVIIIe. OBSERVATION.

Ruth Target fut admise à l'hôpital St.-Georges, en Août 1809, pour une tumeur dure, et en apparence solide, de la grosseur d'une petite orange, située entre la rotule et la peau, mobile dans tous les sens sur les parties sous-jacentes.

Ayant pratiqué une incision longitudinale des tégumens, j'enlevai sans difficulté la tumeur. L'opération fut suivie d'un petit accès de fièvre, qui ne fut pas de longue durée ; au bout d'un mois, elle fut renvoyée comme guérie, ne ressentant qu'une très-légère sensation de roideur en marchant.

On examina la tumeur ; elle était formée par la bourse, qui est située sous la rotule ; ses parois avaient acquis l'épaisseur d'un demi-pouce, et étaient d'un tissu ligamenteux ; l'intérieur de la tumeur et le tissu cellulaire environnant étaient intacts ; on y trouva seulement un liquide séreux.

J'ai dernièrement fait une semblable opération sur un autre malade : et après la guérison de la

plaie, il ne resta une grande roideur dans le genou que parce que la cicatrice avait fixé étroitement la surface antérieure de la rotule; mais à cette époque, trois mois après l'opération, la peau devint si mobile et si libre sur les parties sous-jacentes, qu'il y avait tout lieu de croire qu'une nouvelle bourse avait remplacé l'ancienne.



FIN.

TABLE.

CHAPITRE III.

Cas dans lesquels la membrane synoviale subit une altération morbide dans son tissu.

CHAPITRE IV.

De l'Ulcération des Cartilages des articulations.

CHAPITRE V.

Maladie scrophuleuse des articulations ayant son origine dans la substance celluleuse des os.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

CHAPITRE VIII.

Fin de la Table.

FAUTES ESSENTIELLES A CORRIGER.

Page 160, ligne 13, les mots italiques, *gris de lin*, qui sont explicatifs des deux qui précèdent, doivent être compris entre deux parenthèses, parce qu'ils n'appartiennent pas au texte.

Page 185, ligne 16. Les mots *cérat de savon* ne doivent pas être séparés par la virgule. La composition de ce cérat de savon, que j'appelle aussi emplâtre de savon, se trouve dans la pharmacopée de Londres.